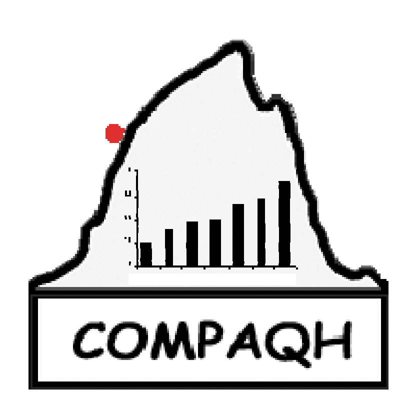






RAPPORT FINAL

2003-2006



Version 1.1, Novembre 2006

Résumé

Rappel

Le projet COMPAQH (COordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière) est un projet de recherche soutenu par la DHOS, en collaboration avec la Haute Autorité de Santé. Les fédérations hospitalières (FHF, FHP, FEHAP, FNCLCC, FNMF), la branche hospitalière de l'assurance-maladie (UGECAM), et les associations d'usager (CISS) participent à son pilotage. Le maître d'œuvre est l'INSERM (CERMES : CEntre de Recherche en MEdecine, Science, santé et société, unité mixte INSERM-CNRS), avec une participation du CCECQA (Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine).

Concrètement, 36 établissements de statuts différents participent à ce projet : 24 de secteur MCO, 4 Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC), 4 du secteur psychiatrique (PSY) et 4 Soins de Suite et Réadaptation (SSR) (dont 16 établissements publics, 12 privés à but lucratif, 8 PSPH).

Dans son déroulement, le premier objectif a été en 2003 de sélectionner une batterie de 43 indicateurs de qualité hospitalière : parmi eux 26 en MCO, 25 en CLCC, 22 en psychiatrie et 20 en SSR. A partir de 2004 et jusqu'en avril 2006, le projet s'est concentré sur l'évaluation de la qualité métrologique de ces indicateurs, la mise en place d'un système comparatif (ou « benchmarking ») et enfin sur la définition des modes de gestion des indicateurs au sein des établissements.

Principes Méthodologiques

Le développement d'indicateurs s'appuie sur différents principes méthodologiques. Il est important de les rappeler car ce sont eux qui orientent le choix des thèmes et le mode d'évaluation de la qualité de soins qui s'ensuit.

- **Rechercher le consensus entre les professionnels lors du développement des indicateurs.** Ce consensus s'est appuyé sur des méthodes (focus group, delphi) afin de sélectionner des priorités partagées par les différents partenaires hospitaliers lors du choix des indicateurs à tester. Il s'est également exprimé à travers une collaboration régulière avec les organismes professionnels et institutionnels compétents sur le sujet

pour élaborer et actualiser les indicateurs sélectionnés. Cette collaboration permanente avec les professionnels, si elle peut ralentir le rythme de progression dans le développement de l'indicateur, est le gage d'une meilleure adhésion de ces mêmes professionnels à l'emploi de ces outils.

- **Rassembler des « éléments de preuve » validant l'indicateur en vue d'une éventuelle généralisation.** La controverse sur la qualité de l'outil de mesure est classique. Différents tests sont réalisés lors du développement de l'indicateur. Tout résultat positif obtenu au cours de ces tests constitue un « élément de preuve » en faveur de sa validation. Ces éléments sont recherchés sur trois dimensions, la faisabilité du recueil de données par l'établissement (charge de travail, coût, acceptabilité), la qualité métrologique (reproductibilité, validité, ajustement), et la pertinence des résultats obtenus (variabilité inter-établissement, écart à un seuil de performance attendu). Ces trois dimensions représentaient les critères de sélection des indicateurs au début du projet. La période de test 2004-2006 à cherché à consolider les hypothèses faites a priori. Les tests sont par nature fondés sur des méthodes d'analyse qualitative (identification de catégories de problème de faisabilité) ou quantitative (tests de reproductibilité ; test de fiabilité ; méthodes d'ajustement pour évaluer la qualité métrologique). Une fiche signalétique qui rassemble l'ensemble des résultats obtenus accompagne toute cette phase de développement.

- **Assurer une standardisation des modes de recueil.** La comparaison inter-établissements, pour être pertinente, suppose de s'appuyer sur les mêmes données d'un site à l'autre, donc de standardiser le mode de recueil. Cette standardisation requiert une description fine des recueils de données nécessaires à la mesure. Des cahiers des charges, des grilles de recueil, et des consignes de remplissage ont été construits à cet effet.

- **Respecter l'anonymat de l'établissement lors du traitement des données.** Les traitements s'appuient sur une base de données centralisée respectant des critères de confidentialité. Les résultats sont restitués aux établissements en préservant leur anonymat vis-à-vis des autres lors des analyses comparatives.

- **Développer une « veille » sur un sujet en évolution constante ces dernières années.** Le sujet de l'évaluation de la performance hospitalière fondée sur la mesure est en évolution constante ces dernières années. Afin d'assurer cette « veille », des

revues régulières de littérature, la participation à des congrès internationaux et des collaborations à l'échelle internationale ont été entreprises.

- **Communiquer sur l'état d'avancement du projet.** Ce type de recherche passe par une importante activité de valorisation sur ce sujet encore relativement novateur en France. La présentation régulière des résultats individuels et comparatifs entre les établissements, le développement d'un site Internet, la présentation initiale du projet au sein de chaque site participant, la participation à différentes réunions professionnelles et un questionnaire d'évaluation du projet adressé aux établissements en 2006, ont contribué à cet effort.

Résultats et Enseignements Majeurs (avril 2006)

- **Le développement des indicateurs : sur les 43 indicateurs sélectionnées**, **37 ont été testés**, 6 d'entre eux se heurtant à des problèmes de conception majeurs qui n'ont pas été résolus au cours de la période. **Des résultats sont exprimés pour 29 d'entre eux. Dans ce cadre, s'envisage la généralisation de certains indicateurs à l'ensemble des établissements de santé français.** Le projet COMPAQH participe ainsi depuis début 2003 à l'expertise collective développée autour des **5 indicateurs du « tableau de bord des infections nosocomiales »** (1). Par ailleurs, des recommandations de généralisation ont été émises sur **les sept indicateurs suivants** : tenue du dossier du patient (2), tenue du dossier anesthésique (3), conformité du délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation (4), dépistage des troubles nutritionnels chez l'adulte (5), traçabilité de la douleur (6), infarctus du myocarde après la phase aiguë (7), satisfaction des patients (8). Dans le cas d'infarctus du myocarde, il faut comprendre sous le terme générique d'indicateur en fait une batterie de six indicateurs relatifs à des points-clés de la prise en charge hospitalière à la phase aigue. D'autres recommandations sont susceptibles d'être émises dans le futur. Ces recommandations renvoient à des modes de généralisation engagés par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (1), la Haute Autorité de Santé (2, 3, 4, 5, 6, 7) et la Direction des Recherches et des Etudes en Santé (8).

- **La construction d'une expertise tant sur le développement que sur le mode d'utilisation des indicateurs.** Cette expertise est issue des travaux engagés, de l'analyse des expériences menées à l'étranger, et d'un effort conceptuel visant à

asseoir d'un point de vue théorique les choix opérés (par exemple, le choix de ne retenir au nom de la performance hospitalière que des indicateurs reflétant la qualité). Elle se traduit, sur le plan opérationnel, par **la standardisation d'une méthode de développement de l'indicateur** : (i) un ensemble d'outils et de règles relatives à la description des recueils de données et à l'évaluation de l'indicateur: cahier des charges, grille de recueil, consignes de remplissage, fiche signalétique d'évaluation, existent ; (ii) le suivi d'étapes désormais bien établies (sélection, conception, test de faisabilité, actualisation, tests métrologiques, validation et transfert éventuel vers les opérateurs de la généralisation, suivi postérieur à cette généralisation) ; (iii) une évaluation fondée sur des éléments de preuve en matière de faisabilité, qualité métrologique et pertinence des résultats qui peuvent conduire à des recommandations de généralisation. Par ailleurs, sur le plan de la recherche, **différentes publications et communications orales** (notamment 8 publications dont 4 dans des revues à comité de lecture depuis 2004) attestent d'un **développement de connaissances** sur les modalités de construction (conception, tests, méthodes d'évaluation de la qualité de l'indicateur) et d'utilisation des indicateurs (indicateur et Evaluation des pratiques professionnelles, impact sur les modes de gestion de la qualité, méthodes de classement, incitation économique). Les différents éléments de cette expertise sont consultables au niveau du site Internet du projet.

- **Des différences de qualité observées entre les établissements.** Les comparaisons inter-établissements établies en 2004 et 2005 convergent vers le même constat général : des différences de qualité observables entre les établissements participants. Ce constat est à replacer dans le contexte du projet : des établissements volontaires, des indicateurs évaluant des thèmes souvent déjà connus et travaillés (par exemple, la tenue du dossier du patient) ce qui suggère une variabilité plus importante à l'échelon national. Par ailleurs, les résultats montrent qu'il existe des gains d'amélioration par rapport à des niveaux de performance de référence lorsque ces derniers sont exprimés.

- **Des questions en suspens.** Le développement du projet COMPAQH véhicule inévitablement une série de questions. La première est relative à la capacité de développer de telles recherches opérationnelles. Par nature, le projet COMPAQH correspond à une recherche opérationnelle, c'est-à-dire qui ambitionne de produire des connaissances socialement « utiles ». Ce type de recherche se situe sur le double registre de la production académique en termes de publication, et de la production de

résultats tangibles pour les administrations publiques qui soutiennent financièrement le projet. De nombreuses interrogations subsistent sur le développement de telles recherches, notamment : le caractère compatible des temporalités de la recherche et de la demande des administrations publiques, les difficultés de valorisation des travaux sur le plan académique, les besoins de flexibilité dans le management du projet peu compatibles avec les contraintes administratives. Ces interrogations ne sont pas propres à ce projet. Des initiatives similaires menées en France y ont été confrontées. Elles posent la question des conditions de leur développement dans un contexte où si le besoin de ce type de recherche est reconnu, les incitations à leur mise en œuvre ne sont pas clairement établies. Notons que dans ce domaine, les pays anglo-saxons ont pour leur part largement développé ce type de recherche opérationnelle ces dernières années.

L'autre question est relative à l'utilisation des indicateurs. Plus que des outils, ce sont des logiques d'action qui s'envisagent. En cela, le projet COMPAQH s'inscrit dans un contexte ou différentes logiques cohabitent (aide au pilotage de la qualité au sein des établissements, développements d'incitations à l'amélioration de la qualité par la diffusion publique des résultats ou économique, notamment). Au-delà de la validation des outils de mesure, mieux comprendre ces logiques fait partie des objectifs prioritaires de la seconde phase du projet COMPAQH. Cette démarche suppose des ancrages disciplinaires en économie et en sciences sociales. Elle doit aider les pouvoirs publics dans le développement d'actions cohérentes en matière de régulation de la qualité.

Perspectives

Le projet COMPAQH est reconduit jusqu'en mars 2009.

- Les objectifs au cours de cette période sont de **poursuivre l'effort de test de nouveaux indicateurs de mesure de la performance en matière de qualité.** Ces tests ont vocation à permettre de construire de nouveaux indicateurs généralisables par les pouvoirs publics. **Par ailleurs, l'effort de recherche va s'intensifier sur la compréhension des modes d'utilisation de ces indicateurs.** Trois modes d'utilisation sont envisagés : l'emploi au sein des établissements à des fins de pilotage

de la qualité ; la diffusion publique de l’information, par l’intermédiaire des classements ; l’incitation économique fondée sur les résultats de ces mesures.

- La Direction de l’Hospitalisation et de l’Organisation des Soins reste le financeur principal du projet. La Haute Autorité de Santé maintient également son soutien financier. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) s’engage également financièrement dans le projet. Outre les Fédérations Hospitalières et les représentants d’association d’usagers, l’Assurance-Maladie et la conférence des directeurs d’Agences Régionales de l’Hospitalisation soutiennent désormais le projet, participant au Comité de Pilotage.

- **Le panel des établissements composant le projet est recomposé.** Deux critères guident cette recomposition :

    - Géographique : chaque région devant être représentée par l’intermédiaire d’au moins un établissement ;

    - De nature d’établissements, chaque type de structure devant être représenté (CHU, clinique de taille différentes, établissements psychiatriques publics et privés, CH, Hôpitaux locaux, établissements de soins de suite et de réadaptation, centres de lutte contre le cancer, etc.).

En parallèle, les établissements qui le souhaitent peuvent participer aux tests comparatifs en tant qu’établissement associés.

Conclusion

L’ensemble de ces recherches concourt à un objectif général : celui du développement d’indicateurs validés et de la meilleure compréhension de leurs modes d’utilisation. Les termes « financement de la qualité », « diffusion publique de l’information » ou « régulation de la qualité » restent encore sources d’interprétations multiples. Sur le plan opérationnel, la meilleure compréhension des différences de qualité des soins entre les établissements et des faveurs qui peuvent l’expliquer est un élément essentiel. Les conclusions de ces recherches doivent ainsi aider les pouvoirs publics à réduire les inégalités de chances auxquelles sont confrontés les patients hospitalisés tout en optimisant le niveau de performance général en matière de qualité des soins.

SOMMAIRE

Introduction

Ce document a pour objectif de décrire les travaux réalisés dans le cadre du projet COMPAQH entre mars 2003 et mars 2006. Il s'agit :

- D'un rapport final dans lequel sont présentés les résultats relatifs à chacune des années considérées. Les travaux présentés sont consacrés aux indicateurs testés dans chacun des secteurs d'activité des établissements de santé (Médecine-Chirurgie-Obstétrique-MCO, Centres de lutte Contre le Cancer-CLCC, Psychiatrie et Soins de Suite et Réadaptation-SSR). Ils couvrent les huit objectifs prioritaires de la qualité des établissements de santé qui ont été arrêtés le 16 juin 2003.

- D'une version allégée, l'ensemble des documents relatifs aux travaux présentés étant consultables sur le site web : http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/.

La rédaction de ce document a été assurée par l'équipe de coordination du projet COMPAQH.

Outre l'objectif de support informatif en vue de la mise en œuvre et de la validation des indicateurs sélectionnés, ce document constitue une base de réflexion à toute action de développement d'outils de mesure de la qualité.

L'Equipe de Coordination COMPAQH, le 27 aout 2006

1 Rappel des objectifs et de la méthode

1.1 Le contexte

- Le projet COMPAQH signifie COordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière (en anglais, COmmittee for Measuring Performance and Assuring Quality in Hospitals).

- La maîtrise d'ouvrage entre 2003 et 2006 est assurée par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins du ministère de la santé, en collaboration avec la Haute Autorité de Santé (HAS).

- La mise en œuvre est confiée à l'INSERM (Centre de Recherche en Economie et Gestion Appliquées à la Santé, Unité mixte INSERM-CNRS), avec une participation du CCECQA (Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique de la Qualité en Aquitaine).

- Il bénéficie du soutien des fédérations hospitalières : FHF, FHP, FEHAP, FNCLCC, FNMF ; de l'assurance-maladie (Ugecam), et du collectif des associations d'usager (Collectif Inter associatif Sur la Santé, CISS).

- Le financement est assuré par : le Ministère de la Santé (DHOS, financeur principal), la Haute Autorité de Santé, l'Union Nationale des Etablissements Mutualistes d'Hospitalisation (UNEMH), et certains établissements (AP-HP, Institut Gustave Roussy, Centré Léon Bérard, Centre Oscar Lambret, Clinique mutualiste de la Sagesse, Clinique mutualiste Beau Soleil, Clinique mutualiste de Saint-Etienne). Le CCECQA enfin met à disposition des ressources, en ayant fixé ce projet parmi ses objectifs prioritaires de développement entre 2003 et 2006.

Toutes les personnes représentantes des institutions citées sont mentionnées dans la partie « Ont participé ».

1.2 Les objectifs du projet COMPAQH

Les objectifs de cette recherche opérationnelle sont de :

- Sélectionner une série d'indicateurs de qualité hospitalière dans les champs du MCO, du SSR, de la Psychiatrie et des CLCC ;
- Tester ces indicateurs sur le plan de leur qualité métrologique et de la faisabilité de leur utilisation en routine, en interne ou à des fins comparatives ;
- Etablir dans un cadre expérimental une comparaison/classement entre les établissements participants à cette étude ;
- Etre un terrain expérimental à la réflexion menée par les hôpitaux sur le développement de nouveaux modes de pilotage de la performance hospitalière centrés sur la qualité (notamment, définition de tableaux de bord, mesure de l'impact des démarches d'amélioration de la qualité menées en interne).

Ces objectifs sont sous-tendus à la volonté de généraliser des indicateurs et d'éclairer les pouvoirs publics sur des modes d'utilisation efficaces au sein des établissements de santé.

1.3 Les modalités d'organisation de la recherche

Pour assurer le bon déroulement de la recherche, l'étude s'appuie sur la participation de 36 établissements, un Comité de pilotage, et enfin une équipe de coordination.

♦ ***Les établissements participants : le Groupe-projet***

36 établissements : 24 MCO, 4 CLCC, 4 PSY, 4 SSR (dont 16 établissements publics, 12 privés à but lucratif, 8 PSPH).

Il n'existe pas de critères géographiques, ni de taille dans la constitution de ce panel d'établissement. Seul l'objectif de comparaison a conduit à ne pas sélectionner des établissements jugés « en concurrence ».

Les critères de sélection des établissements ont été le volontariat et la capacité à remplir les conditions de participation suivantes : système d'information de bonne qualité, sensibilité au thème de la qualité traduite par des engagements ces dernières années (accréditation,

développement de mesures de la qualité dans le cadre de contrats d'objectifs et de moyens, expertise sur le thème).

Le « Groupe-Projet » est composé d'un représentant de chaque établissement participant, nommé « correspondant-projet ».

- ***Les établissements associés***

En complément, des établissements participent en tant qu'établissements associés : l'Hôpital Foch (Suresnes), la clinique Ambroise Paré (Neuilly-sur-Seine), l'Hôpital Saint-joseph (Paris), les Centres de Lutte Contre le Cancer (Centre Paul Papin, Centre François Baclesse, Centre Jean Perrin, Centre Georges-François Leclerc, Institut Paoli-Calmettes, Centre Val d'Aurelle-Paul Lamarque, Clinique Ambroise Paré, Centre Antoine Lacassagne, Institut Curie, Institut Jean Godinot, Centre Eugène Marquis, Centre Henri Becquerel, Centre René Gauducheau, Centre Réné Huguenin, Centre Paul Strauss, Institut Claudius Rigaud, Centre Alexis Vautrin), et le Centre Hospitalier de Pau. Il faut noter que l'ensemble des centres de lutte contre le cancer participent au projet témoignant ainsi d'une démarche collective soutenue par la fédération du domaine. Au contraire des précédents, ces établissements collectent d'une manière autonome les données requises pour la construction des indicateurs. Ils bénéficient de l'analyse comparative et participent à la réflexion menée au sein du projet COMPAQH.

- ***Le comité de pilotage***

Ce Comité est représentatif des différents partenaires institutionnels du projet. Il est composé de 14 personnes représentants par ordre alphabétique : la Haute Autorité de Santé, la DHOS, la FEHAP, la FHF, la FHP, la FNCLCC, l'UNEMH (branche hospitalière de la FNMF), le CISS, la branche hospitalière de l'assurance-maladie (UGECAM) et d'une représentation des établissements.

- ***L'équipe de coordination***

L'équipe de recherche, nommée « Equipe de Coordination », assure le bon déroulement de ce projet. Elle est composée des personnes suivantes (arrêtée en mars 2006) :

Corinne Billiard-Decré (assistant de recherche clinique) ;

Sophie Calmus (assistant de recherche clinique) ;

Frédéric Capuano (Statisticien, ancien chef de projet de l'Institut de Recherche et Développement) ;

Christine Coudert (médecin de santé publique, ancien chef de projet de l'assurance-maladie en tant que médecin-conseil) ;

Mélanie Couralet (Statisticien, ancienne élève de l'ISUP) ;

Valentin Daucourt (médecin, spécialisé en Evaluation/Epidémiologie, chef de projet au RéQua, Réseau Qualité des établissements de Santé de Franche-Comté) ;

Mohammed El Khammar (assistant de recherche clinique) ;

Quentin Escartin (assistant de recherche clinique) ;

Philippe Gérard-Dematons (Statisticien, ancien élève de l'ENSAE) ;

Sophie Goubet (assistant de recherche clinique) ;

Etienne Minvielle (médecin, chercheur CNRS, Cermes) ;

Sandrine Morin (assistant de recherche clinique) ;

Vanessa Pouthier (Chargée de mission) ;

Benjamin Saïman (gestionnaire de projet).

Les assistants de recherche clinique ont la charge d'évaluer la capacité de l'établissement à recueillir les données, de participer au recueil des données dans les établissements, et d'assurer la qualité de la collecte des données.

Nicole Malpoint a assuré un rôle de contrôleur de gestion. Christelle Lamasine assure le secrétariat en formation-alternance. Jean-Guy Gay et Delphine Rolland assurent également l'interface financière du projet avec l'INSERM.

Par ailleurs, différentes personnes ont participé au déroulement du projet :

Catherine Grenier (médecin ESSEC, spécialisée en Economie/Gestion de la Santé, ancien Assistant Hospitalo-Universitaire) ;

Clément Corriol (Statisticien, ancien élève de l'ENSAE) ;

Philippe Michel (médecin, praticien hospitalier en Evaluation/Epidémiologie, ex-Directeur Médical du CCECQA) ;

Bruno Hubert (Directeur Médical du CCECQA) ;

Jérôme Béranger (Master de gestion, Université Paris Dauphine) ;

Marlène Bénisty a participé à l'articulation du projet avec la Haute autorité de Santé ;

Elena Benzoni a assuré le secrétariat durant l'année 2003 ;

Stéphane Bahrami a collaboré en 2004 dans le cadre d'un semestre d'internat de santé publique ;

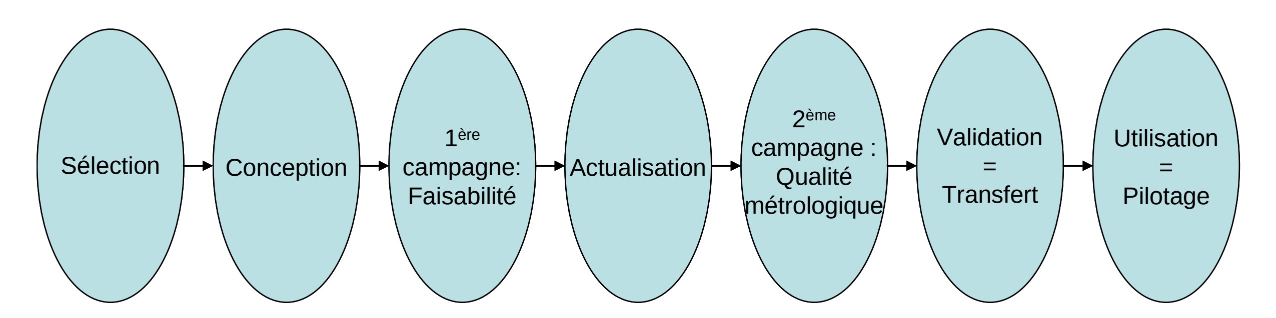
Noémie Soulier et Hélène Tharrault ont réalisé leur mémoire de stage de l'Ecole nationale de Statistique Appliquée (ENSAI) en 2005.

Enfin, il convient de souligner des collaborations avec des équipes canadiennes (université de Montréal), américaines (Wharton School) et supra-nationales (OMS, OCDE). Ces collaborations ont aidé tout au long du projet à conserver un regard sur les initiatives similaires menées à l'échelon international.

1.4 Les principes méthodologiques

Afin de répondre aux quatre objectifs du projet, différents principes méthodologiques ont été appliqués. Ils peuvent être rapportés en fonction des étapes de la « vie de l'indicateur » comme présenté dans la figure 1.

Figure 1. Les étapes de la vie d'un indicateur.



♦ ***La sélection d'une série d'indicateurs***[1]

Cette phase s'est décomposée de la manière suivante : (1) Définir des Objectifs Prioritaires de la Qualité Hospitalière ; puis (2) sélectionner des indicateurs couvrant l'ensemble de ces objectifs.

Définition des Objectifs Prioritaires

Tableau 1. Objectifs prioritaires.

Un Objectif recouvre un domaine de la qualité hospitalière et détermine qualitativement l'évolution attendue ou souhaitée **Il est jugé Prioritaire** sur la base de critères d'évaluation suivants (régulièrement retrouvés dans la littérature)[2] : 1. Importance (gravité, coût, priorité nationale) ; 2. Fréquence du phénomène ; 3. Potentiel d'amélioration de la qualité ; 4. Variabilité inter-établissement ; 5. Faisabilité en termes de mesure.

La définition des objectifs prioritaires s'est faite en trois étapes :

- L'**identification d'une première liste d'objectifs prioritaires par l'équipe de coordination** du projet COMPAQH, en concertation avec la DHOS. Lors de cette étape, le caractère prioritaire des objectifs identifiés à partir d'un travail antérieur a été évalué sur la base des critères pré-cités[3]. En complément, l'analyse des systèmes internationaux d'évaluation de la performance a permis de prendre en compte la place

---

1 Grenier-Sennelier C., Corriol C, Daucourt V., Michel P. Minvielle E. Développement d'indicateurs de qualité dans les établissements de santé : le projet COMPAQH. Revue d'Epidémiologie et de Santé publique, 2005, 53 : 1S22-30.

2 Voir notamment le supplément de Medical Care 41-1, 2003.

3 Minvielle E. Grenier-Sennelier C et al. Mesure de la performance en matière de qualité de la prise en charge des malades. Enseignements d'une expérience concrète. Journal d'Economie Médicale, 2001, 19-3: 131-147

relative accordée à un objectif donné par chacune des expériences nationales existantes. Elle a également permis de considérer les mesures existantes en relation avec chacun des objectifs retenus (faisabilité et preuves apportées sur la qualité métrologique de l'indicateur). La cohérence entre la liste des objectifs et les référentiels du manuel d'accréditation de la Haute Autorité de Santé a été analysée.

- **Modifications de la première liste par le Comité de Pilotage** du projet COMPAQH. Ce Comité a modifié la liste au cours d'une réunion tenue le 30 avril 2003. Le comité de pilotage a discuté le choix (sélection/exclusion) des objectifs. Pour les objectifs retenus, il a amendé le contenu du texte correspondant. Les différentes modifications apportées au document initial ont permis d'aboutir à la version proposée.

- Une seconde réunion du Comité de Pilotage afin d'amender la liste en fonction des remarques de la phase de concertation réalisée auprès de différents partenaires institutionnels et hospitaliers par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins.

Sélection des indicateurs

Pour chacun des huit Objectifs Prioritaires, une revue de la littérature réalisée par l'équipe de coordination a permis d'identifier des indicateurs sélectionnables sur la base des critères suivants :

- Pertinence de l'indicateur au regard de l'objectif ;
- Faisabilité ;
- Qualité métrologique ;
- Conditions d'utilisation et cohérence avec les démarches existantes.

Ces indicateurs sont décrits sous la forme de Cahiers des Charges (documents consultables à la demande) présentant : le nom (usuel et complet) de l'indicateur, la nature, la justification de sa présentation, la construction, les modalités de recueil (incluant l'échantillon), le contrôle de qualité des données, les modes de restitution, et les règles de confidentialité.

Seize réunions auxquelles ont participés les membres du Groupe-Projet (soit une présence à trois réunions pour chaque représentant d'établissement) ont été consacrées à la présentation de ces indicateurs (sept-octobre 2003). Ces séances ont eu pour objectif de décrire les

indicateurs et d'améliorer le document. Elles avaient aussi pour objectif d'établir un niveau d'acculturation homogène sur l'indicateur abordé.

A la suite de ces réunions, chaque participant a réalisé une évaluation des indicateurs qui lui ont été présentés. Pour ce faire, une grille d'évaluation des indicateurs précisant les critères de faisabilité opérationnelle (lourdeur de la charge de travail liée à la collecte de données, acceptabilité), de pertinence stratégique (importance du thème, possibilité d'actions correctives), et de qualité métrologique (reproductibilité de la mesure, validité de construit) a été élaborée (octobre 2003). Cette grille avait préalablement été validée (juin-juillet 2003)[4].

Une méthode de type Delphi a ensuite permis de définir un consensus pour la sélection finale des indicateurs (octobre-novembre 2003). Les principes de cette méthode ont été les suivants :

- Se fonder sur un classement des indicateurs issu des notes de l'évaluation. Un score global des indicateurs a permis de classer les indicateurs en les regroupant en deux groupes : les 20 indicateurs ayant le meilleur score et les autres présentés comme non-sélectionnés.
- Un premier tour de consultation auprès des établissements afin d'observer les retraits-ajouts envisagés par établissement ; une actualisation de la liste des 20 sélectionnés en fonction de la fréquence des changements « retraits-ajouts ».
- Un second tour de consultation afin d'observer en quoi chaque représentant d'établissement modifie (ou maintient) son choix en fonction de l'avis collectif ; une nouvelle liste de 20 indicateurs sélectionnés est définie à l'issue de ce second tour.
- Une validation finale auprès du Comité de Pilotage sur la représentativité des objectifs prioritaires et de leurs composantes.

Pour ces dernières étapes, la méthode a été fondée sur les principes de la Rand/UCLA Appropriateness Method[5] (présentation des règles de la méthode avant son déroulement ; présentation en réunion des indicateurs afin d'assurer un niveau d'expertise homogène ;

---

4 Grenier-Sennelier C., Domecq S, Daucourt V, Corriol C, Michel P , Minvielle E. Reliability of an assessment grid to select quality indicators for the COMPAQH project. Poster, 22th ISQuA congress, Vancouver, Oct 2005.

5 Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, et al. The Rand/Ucla Appropriatness method (RAM) user's manual. Rand Europe/rand Health, Santa Monica, CA, USA, 2001.

respect d'un nombre de répondants minimum ; deux tours de cotation ; analyse autour de la médiane ; analyse de la corrélation entre le score global et les scores par axe). Le classement des indicateurs a, par la suite, été déduit des scores, cela afin d'établir le consensus entre établissements. Comme le soulignent d'autres initiatives similaires[6], les techniques de « rating » (score d'évaluation) et de « ranking » (classement) sont nécessaires afin de « discriminer » des indicateurs aux scores d'évaluation proches.

♦ ***La conception des indicateurs***

Des outils d'analyse sont construits afin de standardiser le mode de collecte, pré-requis à la comparaison. Un « cahier des charges » est réalisé pour chaque indicateur, décrivant ses modes de construction (taille d'échantillon, population de référence, variables recueillies). A ce cahier des charges est associée une « feuille de recueil » (sous logiciel Excel) afin de permettre de recueillir les données nécessaires à la construction de l'indicateur sur le terrain. Enfin, des « consignes de remplissages » et des « foires aux questions » ont pu être créés selon les indicateurs.

Cette phase de conception obéit à deux principes : une collaboration avec les experts du domaine et un impératif de pragmatisme.

Collaborer avec les experts du domaine (cf. partie « Ont participé »)

Dans ces collaborations, les membres du projet COMPAQH apportent des éléments de méthodes sur les modes de construction des indicateurs (problème lié au recueil de certaines données, puissance statistique et capacité d'interprétation, type d'indicateur et objectif d'utilisation interne ou externe, modes de comparaison, etc.). Les experts définissent en conséquence les éléments de contenu. La collaboration avec les milieux professionnels, et aussi, notons le, avec les associations d'usager, aide à développer un dynamique collective rappelant un principe habituel de gestion : les outils ne peuvent se construire sans les acteurs qui sont amenés à les utiliser.

---

6 Mc Glynn E, Cassel CK, Leatherman S.T, et al. Establishing National Goals for Quality Improvement. Med Care, 2003, 41-1 (supp): 16-29

Privilégier le pragmatisme

L'objectif est de développer des indicateurs qui puissent être généralisables quel que soit l'établissement de santé. Ce souci est lié à la volonté de donner les moyens à chaque établissement d'engager un effort minimal en matière d'évaluation. Il se traduit par la définition des modes de collecte de données le plus économique possible en termes de charge de travail. Le risque d'une telle démarche est de relâcher certaines contraintes méthodologiques nécessaires à l'interprétation de l'indicateur (par exemple, sur le fait de recueillir des variables d'ajustement). Il est fait à cet égard la double hypothèse suivante. D'une part, la variabilité inter-établissement même sur des indicateurs ainsi construits peut exister. Autrement dit, une démarche minimaliste peut être suffisamment discriminante. D'autre part, l'indicateur peut évoluer au cours du temps en fonction des résultats observés, et des éventuels biais apparus.

- ***Le recueil des données nécessaires à la construction de la mesure***

La collecte est assurée conjointement par un membre de l'établissement (en lien avec le correspondant-projet) et les Assistants de Recherche Clinique, la participation respective étant variable selon les indicateurs et la situation des établissements. Dans tous les cas, cette collecte est précédée d'une analyse de faisabilité permettant d'évaluer la capacité de l'établissement à recueillir d'une manière autonome les données demandées.

L'ensemble de ce recueil suit un calendrier défini préalablement avec les établissements participants. Il est subordonné aux tests envisagés. Il est également dépendant d'une actualisation A ce titre, le recueil peut être différent d'une campagne à l'autre.

Les données ainsi collectées sont ensuite centralisées au sein d'une base de données. Avant de réaliser les analyses statistiques, la première étape de réception est une lecture des fiches de recueil afin de contrôler la qualité et l'exhaustivité des données.

- ***L'analyse des données***

L'analyse des données concourt selon les périodes à plusieurs objectifs, l'analyse de faisabilité, la validation métrologique, la variabilité observée entre les établissements, et l'adéquation des modes de comparaison/classement. Elle s'appuie sur un mix de méthodes qualitatives (analyse des problèmes de faisabilité sur le terrain par les Assistants de Recherche Clinique) et quantitatives. Elle s'effectue à deux niveaux : au niveau du terrain par les

assistants de recherche clinique pour ce qui est relatif aux problèmes de faisabilité ou de l'analyse de reproductibilité; au niveau d'une base de données centralisée pour ce qui est relatif aux autres traitements.

La base de données est construite afin d'enregistrer toutes les fiches de recueil et permettre les traitements statistiques. Elle est en cours de centralisation afin de rassembler toutes les données relatives à l'ensemble des indicateurs testés.

L'analyse de faisabilité

- Cette analyse est conçue à partir d'une grille d'analyse qui identifie des problèmes de faisabilité génériques (cf. Annexe 5.1. Grille de faisabilité). Cette grille a été construite sur la base de problèmes observés empiriquement par les assistants de recherche clinique lors des premiers recueils et par confrontation aux problèmes cités dans la littérature internationale. Cette grille fait l'objet d'un codage systématique de la part des ARC pour chaque indicateur. En complément, un système de « reporting » permet d'isoler les problèmes qui ne seraient pas répertoriés. La charge de travail liée au recueil fait l'objet d'un comptage lorsque celui-ci est possible.

- Enfin, l'analyse des indicateurs d'infections nosocomiales a fait l'objet d'un traitement spécifique[7]. Deux analyses ont été menées :

  - Pour l'indicateur ICALIN (Indice Composite des Activités de Lutte Contre les Infections Nosocomiales), une analyse de la concordance entre les données déclarées dans le « Bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales », et les données basées sur des éléments de preuve pour l'année 2003.

  - Pour les quatre autres indicateurs (Infection du Site Opératoire, ISO ; Consommation de Solutions Hydro-Alcoolique par journée-patient, SHA ; taux de SARM pour 1000 journées patient, SARM ; volume d'antibiotiques consommés pour 1000 journées patient, VAC), une analyse des problèmes soulevés par leur mise en place au sein de chaque établissement.

---

7 Rapport d'étude projet COMPAQH. Faisabilité des indicateurs d'infections nosocomiales. 2005, Ministère de la santé.

Cette stratégie d'enquête s'explique pour les raisons suivantes. Dans le cas de l'ICALIN, la faisabilité en termes de mise en œuvre de l'indicateur est déjà démontrée puisque les remontées d'information obtenues ces dernières années montrent que les établissements sont capables de collecter les données nécessaires à la construction de cet indicateur. Par contre, la question de la fiabilité de ces données déclarées reste entière. L'analyse de la concordance explore cette question.

Pour les quatre autres indicateurs, la question de la capacité des établissements à recueillir les données nécessaires est réellement posée. Ces indicateurs ont été construits dans un souci de pragmatisme qui fait l'hypothèse d'une mise en œuvre relativement aisée, mais il restait à confirmer cette hypothèse par un test. C'est l'objet de l'analyse des problèmes identifiés lors de leur mise en œuvre au sein des établissements du panel COMPAQH.

Cette analyse de faisabilité constitue le premier temps de l'évaluation de l'indicateur. En regard du diagnostic général ainsi porté, des propositions d'amélioration sont établies.

L'analyse métrologique

Différents tests sont engagés pour évaluer l'indicateur sur ses qualités métrologiques. Sont distingués les tests relatifs à la fiabilité (stabilité, cohérence interne) et ceux liés à la validité (face-à-face, contenu, critère, structure). Toutes les définitions sont rassemblées au sein d'un mode d'emploi (cf. Annexe 5.2. Mode d'emploi de la Fiche Signalétique). En complément sont envisagés des tests en matière d'ajustement sur les caractéristiques des patients. Il s'avère qu'à l'heure actuelle, seul l'indicateur « Taux de mortalité dans les Groupes Homogènes de malades à faible risque attendu » pose cette question.

La comparaison inter-établissement

Le rendu est assuré à chaque établissement incluant une analyse individuelle des données et un positionnement graphique sur l'échelle de comparaison COMPAQH, les autres établissements étant présentés d'une manière anonyme. Aucun résultat comparatif n'est diffusé de façon nominative.

Les méthodes fondant la comparaison sont établies sur des questions de cohérence statistique, de lisibilité et selon le type d'indicateur, en fonction d'une typologie des méthodes[8]. Nous avons néanmoins adopté autant que faire se peut la méthode de l'Ontario qui offre une lecture probabiliste en introduisant des intervalles de confiance, plus satisfaisante d'un point de vue statistique.

Lorsqu'elle est possible, la définition des seuils de performance (les « meilleurs », les « mauvais ») s'établit en fonction des résultats de l'exercice 2004. Il peut s'agir d'une performance relative à la distribution des résultats, ou absolue, une norme édictée comme objectif à atteindre indépendamment des résultats existants. Elle s'établit alors en concertation avec les représentants professionnels du domaine.

♦ ***Actualisation et validation***

La construction de l'indicateur évolue au cours de la période de test. En règle générale, le schéma suivant est adopté :

- A la suite des premiers résultats de faisabilité, une actualisation de l'indicateur est envisagée. Elle se définit en fonction de la pertinence des résultats (écart-type trop important, puissance statistique insuffisante, etc.) et de critères de faisabilité. Cette actualisation se concrétise par une modification des cahiers des charges et des feuilles de recueil.

- La seconde campagne de test est généralement plus centrée sur les questions métrologiques.

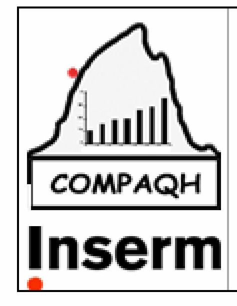
- A la fin de cette seconde campagne l'indicateur est à nouveau évalué avec en ligne de mire la possibilité d'émettre une recommandation en faveur de sa généralisation. Cette évaluation s'appuie sur une fiche signalétique qui rassemble l'ensemble des éléments de preuve en faveur de cette généralisation comme le montre la figure ci-dessous. Le système de cotations de chacun des items qui constitue l'évaluation est décrit dans le document « mode d'emploi de la fiche signalétique » (cf. Annexe 5.2).

A titre d'exemple, nous présentons page suivante la fiche signalétique de l'indicateur « Conformité du dossier patient ».

---

8 Analyse des modes de comparaison Noémie Soulier. Mémoire de stage Ensai. 2005.

Figure 2. Fiche signalétique de l'indicateur « Conformité du dossier patient »



Conformité du dossier patient

FICHE SIGNALETIQUE

PRESENTATION DE L'INDICATEUR	
Définition	Score de conformité de la tenue et du contenu du dossier des patients hospitalisés
Numérateur	Nombre de critères conformes pour chaque dossier
Dénominateur	Nombre de critères évalués et applicables pour chaque dossier
Type d'indicateur	Processus
Objectif prioritaire	Assurer la continuité de la prise en charge des patients
FAISABILITE	
Grille faisabilité	+/+
Evaluation charge de travail	+/+
QUALITE METROLOGIQUE	
Fiabilité	
Stabilité	+/+
Cohérence interne	+/+
Validité	
Face à face	+/+
Contenu	+/+
Critère	+/+
Structure	NA
Ajustement	
Biais minimum	+/+
PERTINENCE	
Résultats	
Ecart à un seuil de performance attendue	+/+
Variabilité inter-ETB	+/+
Interaction avec d'autres indicateurs	NR
Actions engagées	
Capacité à identifier des actions correctives	+/+
Délai de production de la mesure	+/+
Absence d'effets induits négatifs	+/+
REMARQUES	

♦ ***<u>L'utilisation des indicateurs à des fins de pilotage de l'établissement</u>***

Cette analyse se fait par des « retours d'expérience » transmis par les assistants de recherche clinique ou directement par les correspondants-projet. Parallèlement, un questionnaire a été

adressé permettant d'établir un bilan des initiatives engagées autour des indicateurs COMPAQH[9]. Enfin, une revue de la littérature a été récemment engagée afin de considérer les initiatives internationales[10].

1.5 Considérations éthiques

La publication d'articles scientifiques fait mention des différents partenaires et supports financiers. Aucune exploitation des données ne pourra se faire en dehors du cadre expérimental, conformément aux conventions signées entre les parties prenantes.

Le projet COMPAQH se développe selon les règles édictées par la CNIL. Cette dernière a été informée de l'existence du projet COMPAQH et a répondu favorablement en 2004.

1.6 Valorisation-Communication

Pour faciliter le développement du projet au sein des établissements, plusieurs actions ont été menées :

- 34 des 36 établissements ont fait l'objet d'une visite sur site pour présenter le projet ;
- Un calendrier adapté à chaque établissement a été établi afin de considérer les périodes de collecte des données. Ce calendrier a été établi sur la base d'un questionnaire permettant d'identifier la liste des indicateurs établissement par établissement ;
- Six réunions plénières ont été tenues sur un rythme bi-annuel.

Pour faciliter la diffusion des informations, un site web a été créé : ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/.

Pour assurer la confidentialité des données :

- Le recueil des données a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL.
- La diffusion a respecté l'anonymat de chaque établissement.

---

9 Questionnaire « Mise en œuvre-impact-perspective du projet COMPAQH ». Mars 2006. Disponible sur le site web du projet (ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh).

10 Tableau de bord de mesure de la performance en matière de qualité. Jérôme Béranger, Rapport Interne, 2006.

- Au sein de chaque établissement, il a été considéré une règle de diffusion large sauf cas où est expressément mentionnée une réserve par le directeur : les principaux intéressés par le thème couvert sont destinataires ; les responsables institutionnels sont également informés.
- Enfin, pour évaluer le ressenti des établissements une partie du questionnaire « Mise en œuvre-Impact-Perspective » du projet COMPAQH a été rédigé dans cette perspective (résultats consultables sur le site internet du projet).

2 Résultats

2.1 *Sélection des indicateurs*

♦ ***Définition des 8 objectifs prioritaires (OP)***

Tableau 2. Liste des objectifs prioritaires. L'ordre de présentation n'a aucune signification particulière.

OP n°1	Lutter contre la douleur
OP n°2	Assurer la continuité de la prise en charge des patients
OP n°3	Lutter contre les troubles nutritionnels
OP n°4.1	Lutter contre les infections nosocomiales
OP n°4.2	Lutter contre le risque iatrogène
OP n°5	Améliorer la satisfaction du patient
OP n°6	Respecter les bonnes pratiques cliniques
OP n°7	Accroître la motivation, la responsabilisation et l'évaluation des compétences des professionnels au contact du patient
OP n°8	Garantir l'accessibilité

♦ ***Définition des indicateurs sélectionnés***

43 indicateurs ont été sélectionnés fin 2003. Ils correspondent à 4 listes distinctives appliquées au secteur MCO (26 indicateurs testés), SSR (20 indicateurs testés), CLCC (25 indicateurs testés), et Psychiatrie (22). Les listes considèrent des indicateurs communs à tous les secteurs d'activité (par exemple, le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation) et des indicateurs spécifiques à chaque secteur. En moyenne, un établissement teste une quinzaine d'indicateurs.

Les listes des indicateurs testés par secteur d'activité sont présentées en annexe 5.3.

Pour chaque indicateur il existe un cahier des charges décrivant l'outil de mesure et les modalités de recueil. Ces documents pour des raisons d'espace ne sont pas intégrés à ce

rapport. Ils sont consultables sur le site Internet du projet COMPAQH : http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/.

2.2 *Tests des indicateurs*

♦ ***Etat d'avancement des tests***

Sur les 42 indicateurs sélectionnés tous secteurs d'activité confondus[11] :

- 36 ont été testés, 6 d'entre eux se heurtant à des problèmes de conception majeurs qui n'ont pas été résolus au cours de la période ;
- Des résultats sont exprimés pour 28 d'entre eux. Ils couvrent les huit objectifs prioritaires qui ont été définis en 2003.

Tableau 3 (page suivante). Planning des indicateurs.

11 Il faut souligner que certains indicateurs de pratique clinique représentent en fait une série d'indicateurs. Par exemple, derrière l'indicateur « Infarctus aigu du myocarde » il faut comprendre une série de 6 indicateurs mesurant des points-clés de la prise en charge. Pour des raisons de commodité dans la communication, nous avons gradé le chiffre de 42 indicateurs testés. En fait, il existe 87 indicateurs.

Indicateur			Planning																										
N°	Nom Abrégé	OP	mai-04	juin-04	juil-04	sept-04	oct-04	nov-04	déc-04	janv-05	févr-05	mars-05	avr-05	mai-05	juin-05	juil-05	août-05	sept-05	oct-05	nov-05	déc-05	janv-06	fev-06	mars-06	avr-06	mai-06	juin-06	juil-06	aout-06
5	Turnover	7	1	2												4	5		6						7				8
9	Absentéisme	7	1	2												4	5		6						7				8
1	Conformité DPA/DA	2		1	2			3		4				5					6			7			8				G
2	Délai d'envoi courriers	2		1	2			3		4				5					6			7			8				G
3	Dépistage troubles nutritionnels	3		1	2			3		4				5					6			7			8				G
19	Traçabilité douleur	1		1	2			3		4				5					6			7			8				G
4	Satisfaction	5			1	2	3			4								5	6			7				8			
8	Traitement douleur	1			1	2						3				4													
11	Annulation actes ambu	2			1	2						3		4													5		
14	Infections du Site Opératoire	4				1	2							3					4										
15	Volume de produits hydroalcooliques	4				1	2					3							4										
17	Surveillance des SARM	4				1	2					3							4										
23	RPC AVC	6				1	2							3			4				5				7				8
27	Délai de RDV pour une CS ext	8				1			3			4										5				7		8	
6	ICALIN	4					1	2				3				4						G							
10	Demandes ex d'imagerie	2					1					3				4						5				7	8		
28	Délai de RDV pour CS en CMP	8					1												2						3	4			
33	Attente avant admission	8					1	2											4										
16	Volume d'antibiotiques consommés	4						1	2			3							4										
26	Durée d'attente en CS ext	8						1								4						5					7		8
21	Durée d'attente aux urgences	8						1	2			3							4										
32	Prise en charge sociale	2							1												4								
22	RPC IDM	6							1	2				3			4									5	6		
7	Accessibilité	8											1										3						4
20	Education thérapeutique	3											1													4			
29	RC pluridisciplinaire	2												1		2		3			4								
31	RPC cancer du côlon	6														1					2	3					4		
39	RPC diabète	6																			1	2				3			4
34	Actes de violence	7																					1		3				4
37	RPC PC des suicidants	6																						1			3		
36	RPC Traitement par ECT	6																						1			3		
40	RPC chambres d'isolement/schizo	6																									1		
25	Usure psy / Culture d'équipe	7																											
35	RPC Sevrage du patient alcoolo-dépendant	6																											
13	RPC prostate	6																											1
18	Mortalité hosp GHM à faible tx X	4																											1
12	RPC lésions mammaires	6																											1
24	RPC Obstétrique : césariennes X	6																											1
30	RPC PC effets II X	6																											1
38	Coordination de la PC X	2																											1
41	Chutes des patients hospitalisés X	4																											1
42	RPC escarres X	6																											1
(1) CDC envoyés par mois			2	4	3	5	4	3	2	0	0	0	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	1	0	0
(1) Cumul CDC envoyés			2	6	9	14	18	21	23	23	23	23	25	26	26	27	27	27	27	27	28	28	29	31	31	31	32	32	32
(1) Cumul CDC envoyés en %			5%	14%	21%	33%	43%	50%	55%	55%	55%	55%	60%	62%	62%	64%	64%	64%	64%	64%	67%	67%	69%	74%	74%	74%	76%	76%	76%
(4) Résultats envoyés par mois										5	0	1	0	1	0	6	2	0	6	0	2	0	0	0	0	2	1	0	2
(4) Cumul résultats envoyés										5	5	6	6	7	7	13	15	15	21	21	23	23	23	23	23	25	26	26	28
(4) Résultats envoyés / CDC envoyés en %										22%	22%	26%	24%	27%	27%	48%	56%	56%	78%	78%	82%	82%	79%	74%	74%	81%	81%	81%	88%

Légendes :

1	Envoi du CDC V1	5	Envoi CDC V2	X	Indic suspendu
2	Période de recueil V1	6	Période de recueil V2	G	Généralisation
3	Retour des Données V1	7	Retour des Données V2		
4	Envoi des résultats V1	8	Envoi des résultats V2		

♦ ***Résultats généraux***

Les résultats des tests relatifs à l'évaluation de la faisabilité, aux qualités métrologiques et à la pertinence des résultats sont intégrés au sein des fiches d'évaluation signalétique de chaque indicateur.

Nous présentons dans ce rapport les fiches signalétiques des indicateurs pour lesquels une recommandation de généralisation est émise (cf. liste paragraphe 2.3.). Ces fiches sont présentées en annexe 5.4.

Pour les autres indicateurs, les résultats des tests sont actuellement négatifs (c'est-à-dire peu concluant), ou en cours de réalisation, selon les cas. La diffusion de la fiche signalétique fait l'objet d'une décision au sein de l'équipe de coordination COMPAQH.

♦ ***La faisabilité des indicateurs d'infections nosocomiales***

L'ensemble des résultats sont présentés au sein du rapport remis au ministère en juin 2005 et mis en ligne sur le site internet du projet COMPAQH. Les résultats principaux sont :

Collecte des données

Les établissements du panel ont en général démontré leur capacité à collecter les données nécessaires aux 4 indicateurs, Produits Hydro-Alcooliques, Staphylocoque Aureus Résistant à la Méthicilline, Infection du Site Opératoire, Volume de Consommation d'Antibiotiques.

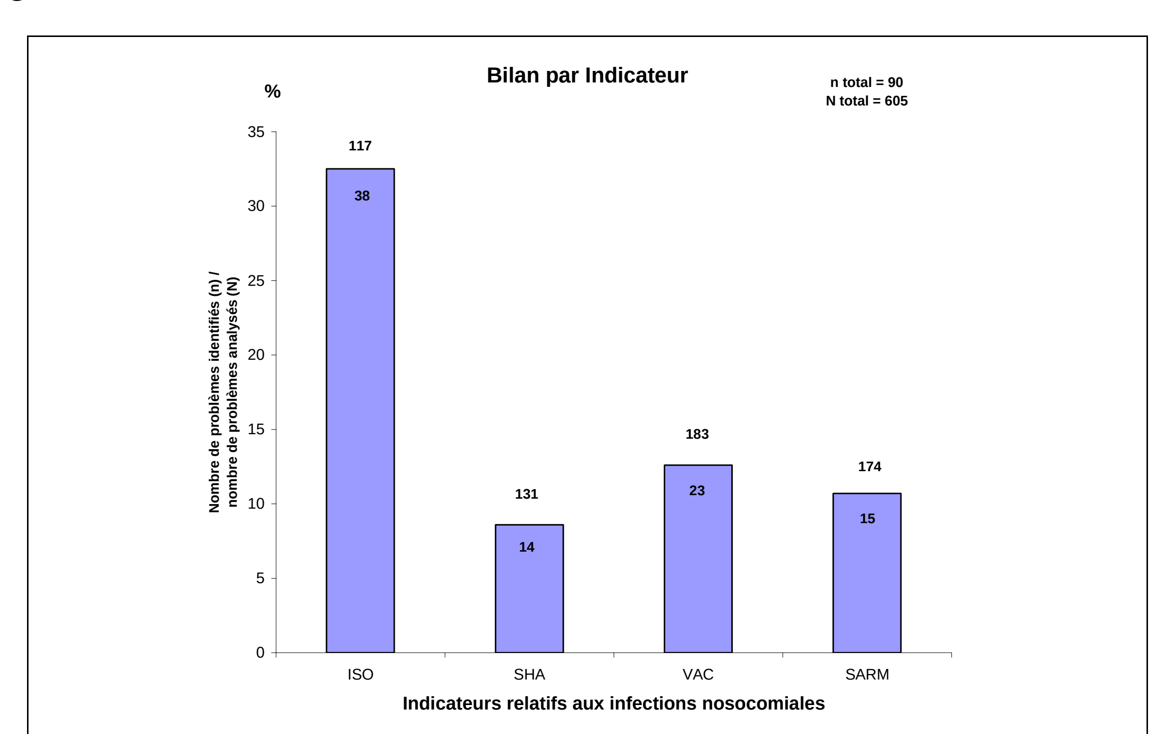
Il existe un taux moyen de 14,8% de problèmes identifiées sur les 35 établissements de santé participant à cette étude. Ce constat est encourageant dans la mesure où ces établissements représentent un échantillon hétérogène, renvoyant à des cas de figure différents tant en termes d'activité que de caractéristiques juridiques et structurelles.

La majorité des problèmes se concentre sur l'indicateur ISO (25,9%). Les problèmes principaux sont les suivants :

- Pour le taux d'ISO, la difficulté de recueil de l'information concernant la consultation à 30 jours (et à 365 jours en cas de pose de matériel).
- Pour le taux d'ISO, la difficulté à vérifier l'exhaustivité entre les actes enregistrés sur les fiches de déclaration de l'ISO et le codage des RUM.

- Des incohérences entre dénominateur et numérateur sur SHA et SARM liées à l'exclusion de ce même dénominateur de l'hospitalisation ambulatoire et de l'hospitalisation de semaine alors que peu d'établissements arrivent à les distinguer, et donc à les exclure, au niveau du numérateur.
- La difficulté à enregistrer une consommation d'antibiotiques par service.
- La difficulté d'établir le caractère diagnostique ou préventif de la recherche de SARM, faute d'informations précises sur la feuille de demande adressée au laboratoire.

Figure 3. Bilan relatif aux indicateurs d'infections nosocomiales



Enfin, la variabilité inter-établissement semble forte (de 0 à 55% de problèmes de faisabilité rencontrés dans les établissements).

Fiabilité des données

La fiabilité des données déclarées dans le cas de l'ICALIN est en moyenne bonne.

La concordance au niveau des items entre les données déclarées et les données retraitées après observation des éléments de preuve est de 64%. La concordance au niveau des scores fondés

sur les données déclarées et les données retraitées est de 84% (ce qui témoigne d'une robustesse du score).

Aucune pratique de surévaluation systématique des données déclarées n'est observable dans les établissements. Cependant, il faut noter que l'analyse est fondée sur les déclarations établies en 2003, donc sans véritable enjeu.

Propositions

Afin d'améliorer tant la capacité de mettre en œuvre les quatre premiers indicateurs que la fiabilité des données déclarées dans le cas de l'ICALIN, des propositions ont été faites.

Notamment, les 14 des 31 items qui présentent la concordance la plus faible (inférieure à 75%) ont fait l'objet d'une analyse approfondie.

D'une manière générale, ces résultats montrent que le développement des indicateurs dans leurs formes actuelles est faisable, moyennant des ajustements. L'indicateur qui pose le plus de difficultés est celui de l'infection du site opératoire (ISO). Ces résultats ne préjugent pas de la pertinence des résultats obtenus.

2.3 La généralisation de certains indicateurs

Cette généralisation se comprend à l'échelle des établissements de santé français.

A ce titre, le projet COMPAQH participe depuis début 2003 à l'expertise collective développée autour des 5 indicateurs du « tableau de bord des infections nosocomiales » dont la première traduction a été le classement établi par le ministère en janvier 2006 sur la base du score de l'Indice Composite.

Par ailleurs, des recommandations de généralisation ont été émises sur les sept indicateurs suivants :

- Tenue du dossier du patient ;
- Tenue du dossier anesthésique ;
- Conformité du délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation ;
- Dépistage des troubles nutritionnels chez l'adulte ;

- Traçabilité de la douleur ;
- Infarctus du myocarde après la phase aiguë ;
- Satisfaction des patients.

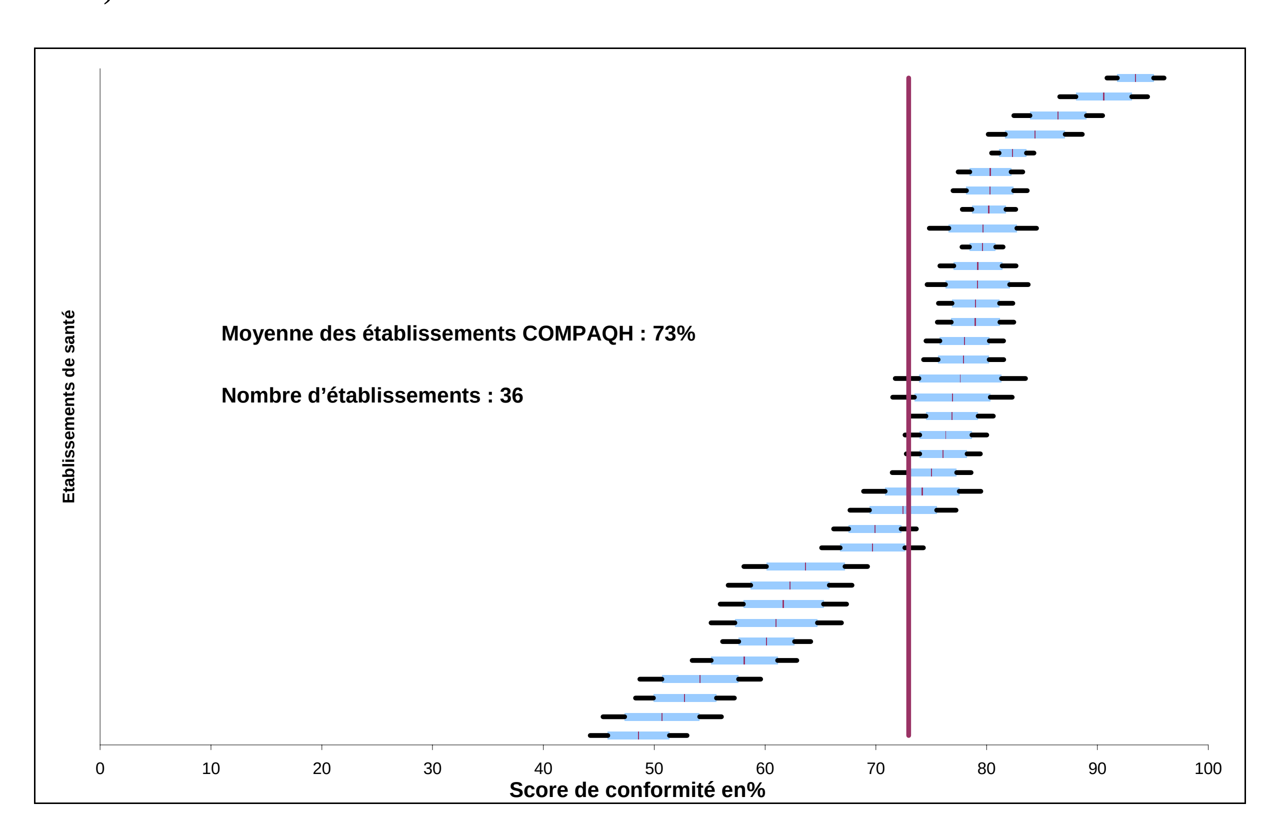
D'autres recommandations sont susceptibles d'être émises dans le futur.

2.4 Les différences de qualité

L'ensemble des résultats convergent vers le même constat : une différence de qualité est observable. Cette différence se comprend de deux manières.

Tout d'abord, une variabilité inter-établissement. A titre d'exemple, nous présentons le graphique relatif à l'indicateur « Tenue et Contenu du Dossier du Patient ». Cet indicateur de type score multi-items (10 items) montre la variabilité des 36 établissements participants.

Figure 4. Score de conformité de la tenue et du contenu du dossier du patient hospitalisé (10 items).



Liste des 10 items :

- Compte-rendu opératoire présent ;
- Compte-rendu d'accouchement présent ;
- Dossier anesthésique présent ;
- Dossier transfusionnel avec les éléments suivants présent ;
- Ordonnance établie le jour de la sortie du patient ;
- Double du compte rendu d'hospitalisation ou du courrier de sortie présents ;
- Documents médicaux relatifs à l'admission présents ;
- Nature des soins et conclusions de l'examen médical d'entrée notées ;
- Dossier organisé et classé ;
- Chacune des prescriptions thérapeutiques conforme.

Les résultats sont exprimés de la manière suivante :

- Un établissement est représenté par une ligne horizontale. La zone bleue constitue l'Intervalle de Confiance à 90%. La zone noire élargit l'Intervalle de Confiance à 99%.
- La barre verticale rouge exprime la moyenne générale des établissements (ici, 73%).

Les 36 établissements sont ainsi positionnés par rapport à la moyenne générale. Si l'on prend l'établissement en haut à droite du graphique, on constate que la zone noire inférieure de sa ligne ne touche pas la moyenne générale. L'interprétation est qu'il y a 99% de chances que le résultat de cet établissement se situe au-dessus de la moyenne générale. C'est évidemment un élément en faveur de l'établissement.

Une seconde manière d'interpréter la notion de « différence de qualité » est de considérer l'écart entre la moyenne observée au sein des établissements et une norme de référence. A titre d'exemple, si l'on reprend, l'indicateur « Tenue et Contenu du Dossier du Patient », on observe que la moyenne générale (moyenne des moyennes d'établissement) est à 73%. Ce résultat est à considérer par rapport à une norme absolue. On peut l'estimer de l'ordre de

100% en considérant que la plupart des items de conformité étudiés sont assis sur des critères réglementaires. Il existe donc un écart entre la moyenne observée et la valeur de référence.

3 Enseignements et Perspectives

3.1 Enseignements principaux

♦ ***Les limites***

Le respect du calendrier

La participation des établissements au projet a été dans l'ensemble bonne, mais avec des cas épineux. Les délais enregistrés lors des phases de collecte de données a ralenti l'analyse comparative. Afin de ne pas pénaliser les établissements qui adressaient dans le temps imparti leurs données, un système de date butoir au-delà duquel l'établissement voit ses données traitées à distance a été instauré.

Des retards dans le calendrier ont néanmoins été enregistrés pour différentes raisons. Un de nos assistants de recherche clinique a codé d'une manière erronée cinq indicateurs ce qui nous a obligés à reprendre l'ensemble de la procédure de collecte dans ces cas précis. Le secteur de la psychiatrie est le moins avancé. L'établissement représentatif du secteur public, le CHS de Pau, s'est retrouvé confronté à une situation qui a rendu son implication difficile. La collaboration engagée avec les sociétés professionnelles dans le cas des indicateurs de bonnes pratiques cliniques est aussi une source de ralentissement de leur lancement. De nombreuses réunions visent à établir un consensus. Elles ralentissent le développement de l'indicateur. Mais elle représente la garantie que les représentants professionnels adhèrent à la démarche.

Le rôle d'assistance des Assistants de Recherche Clinique et le transfert de compétences

Les Assistants de Recherche Clinique ont un rôle d'assistance des établissements du panel dans leur effort de collecte de données. Ce rôle est subordonné à un diagnostic sur la faisabilité, c'est-à-dire la capacité de l'établissement à recueillir d'une manière autonome ces données. Il existe donc le biais de masquer certaines défaillances au niveau de l'établissement par la sollicitation de l'ARC avant même toute forme de diagnostic de la part de ce dernier. Les risques sont doubles : (i) tout d'abord, s'orienter vers des conclusions erronées en matière de faisabilité. Se prémunir de ce biais a été un élément de vigilance important, les ARC étant attentifs à produire un diagnostic systématique de faisabilité; (ii) ensuite, ne pas permettre le

transfert de compétences dans le recueil de données vers l'établissement. Si l'établissement se repose trop sur l'ARC, il ne peut capturer tout le savoir-faire de ce dernier et donc assurer à terme son autonomie dans la production de la mesure.

L'essoufflement dans le recueil et les incitations

Le projet a vu un rythme de progression marqué par des temps successifs. A la curiosité initiale, voire parfois la surprise (certains établissements ont été volontaires via les circuits d'appels à candidature sans être tout à fait au courant du contenu du projet), a succédé un intérêt plus net. A partir du moment où les premiers résultats ont été produits, la comparaison, ou benchmarking à usage interne (seul l'établissement connait son résultat), a offert une information appréciée par les participants. Par la suite, la demande répétée de recueils de données dans des contextes de charge de travail élevée, et le constat que certains de ces recueils n'aboutissent pas à la généralisation de l'indicateur, ont conduit à un certain « essoufflement ». Ce point confirme le besoin d'instaurer des incitations dans l'utilisation de ces indicateurs. Ces incitations peuvent se considérer dans les moyens apportés pour aider à ce recueil, ou dans l'utilisation des mesures issues de ces recueils (classement, certification, évaluation des pratiques professionnelles, valorisation financière).

La recherche opérationnelle en question

Le travail engagé est par nature une recherche opérationnelle. Il s'agit d'une recherche dans la mesure où il existe une production de connaissances dans le cadre d'un véritable projet de recherche. En mars 2003, rien ne pouvait prédire l'issue exacte du projet COMPAQH. Les connaissances produites se situent autant sur les développements d'indicateurs que sur le maniement des mesures de performance dans le contexte hospitalier actuel. Différentes publications (la liste complète est sur le site internet du projet) ont fait état de ces connaissances sur la définition de choix prioritaires en matière de mesure de la qualité[12], de conception des indicateurs, notamment en matière d'évaluation des pratiques cliniques[13], ou

---

12 Grenier-Sennelier C., Corriol C, Daucourt V., Michel P. Minvielle E. Développement d'indicateurs de qualité dans les établissements de santé : le projet COMPAQH. Revue d'Epidémiologie et de Santé publique, 53 : 1S22-30.

13 Minvielle E. Les critères de qualité en médecine : jusqu'où aller ? EMC, (Elsevier, SAS, Paris), Urologie, 18-910-A-20, 2006

de perspectives d'utilisation. D'une manière plus générale, l'expérience COMPAQH témoigne de l'apparition d'une ère de la mesure avec ce qu'elle peut comporter d'effets de modes[14] et de véritables incidences, de nature managériale[15], en matière de diffusion publique[16], ou sur un plan économique[17].

Cette recherche est opérationnelle, c'est-à-dire que ces résultats sont utiles pour l'action publique, et plus généralement sociale. En l'occurrence, il s'agit de la généralisation de différents indicateurs, de la standardisation d'une méthode de développement de la mesure, et de l'identification d'un pôle d'expertise, permettant notamment d'éclairer l'utilisation qui peut être faite de ces indicateurs. Les difficultés d'une telle recherche sont connues : les temporalités différentes entre la recherche et la demande de l'administration publique, les difficultés de valorisation des travaux sur le plan académique, les besoins de flexibilité dans le management du projet peu compatibles avec les contraintes issues de l'univers administratif, notamment. Ces difficultés ne sont pas l'apanage du projet COMPAQH. Des initiatives similaires menées en France s'y sont heurtées. Elles posent néanmoins la question des conditions de leur développement. L'utilité sociale de la recherche fait actuellement débat en France. Les pays anglo-saxons ont pour leur part largement développé ce type de recherche opérationnelle ces dernières années.

♦ ***Le développement d'une expertise***

Durant les trois années, on vient de le mentionner, une expertise s'est construite tant sur le développement que le mode d'utilisation des indicateurs. Cette expertise provient des travaux engagés, de l'analyse des expériences étrangères, et d'un effort de conceptualisation visant à asseoir d'un point de vue théorique les choix opérés (par exemple, le choix de ne retenir que des indicateurs reflétant la qualité des soins au nom de la performance hospitalière). Elle se

---

14 Minvielle E. De l'usage de concepts gestionnaires dans le champ de la santé. Le cas de la qualité hospitalière. La Revue Française de Gestion, 2003, 29-146 : pp 167-190.

15 Ginésy E, Minvielle E, Aronica E. Les indicateurs de qualité. Annales de Santé Publique. 2004, 48: 31-34

Et Minvielle E, Kimberly J. Measuring and Managing quality in Hospitals: lessons from a French experiment. Advances in Health Care Management, JAI Press Inc, Greenwich, 2005, 5, 247-272

16 Minvielle E. Le classement des Hôpitaux : jusqu'où ? Revue Hospitalière de France.2005, 505: 34-38

17 Minvielle E. Financer la qualité des soins hospitalière : jusqu'où aller ? Gérer et Comprendre, 2005, 81, 74-84.

traduit principalement par **la standardisation d'une méthode de développement d'un indicateur** : (i) un ensemble d'outils et de règles relatives à la description des recueils de données et à l'évaluation de l'indicateur: cahier des charges, grille de recueil, consignes de remplissage, fiche signalétique d'évaluation, existent ; (ii) le suivi d'étapes désormais bien établies (sélection, conception, test de faisabilité, actualisation, tests métrologiques, validation et transfert éventuel vers les opérateurs de la généralisation, suivi postérieur à cette généralisation) ; (iii) une évaluation fondée sur des éléments de preuve en matière de faisabilité, qualité métrologique et pertinence des résultats qui peuvent conduire à des recommandations de généralisation. D'autres formes d'expertise existent.

Par ailleurs, différentes publications (8 publications dont 4 dans des revues à comité de lecture depuis 2004) attestent d'**un développement de connaissances** sur les modalités de construction (conception, tests, méthodes d'évaluation de la qualité de l'indicateur) et d'utilisation (indicateur et Evaluation des pratiques professionnelles, impact sur les modes de gestion de la qualité, méthodes de classement, incitation économique). Les différents éléments de cette expertise sont consultables au niveau du site internet du projet.

♦ ***La généralisation***

Issus de cette expertise, neuf indicateurs réunissent des éléments de preuve suffisants pour envisager leur généralisation : Pratiques professionnelles dans le cas de l'infarctus du myocarde après sa phase aiguë, Indice Composite d'action de Lutte contre les infections Nosocomiales, Consommation de produits hydro-alcoolique, Tenue et Contenu du dossier du patient, Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, Tenue et Contenu du dossier anesthésique, Dépistage des troubles nutritionnels, Traçabilité de la douleur, Satisfaction du patient.

Dans ce processus de généralisation, il est important de souligner les points suivants :

- Il existe un délai incompressible avant de considérer la généralisation d'un indicateur. Le délai entre le démarrage de l'analyse et l'émission de la recommandation est de l'ordre d'un an et demi dans les meilleurs cas. Ce délai permet de se prémunir de certains risques lors de la phase de généralisation : impossibilité de recueillir les données en routine, biais d'interprétation, faible intérêt en termes d'amélioration de la qualité.

- La généralisation ne signifie pas la fin de l'évaluation de l'outil de mesure. A l'échelle nationale, les données recueillies offrent une puissance d'analyse qui n'existe pas lors de la phase de test. Il est donc intéressant de confirmer ou d'infirmer des hypothèses à grande échelle. Elles peuvent permettre d'actualiser dans un second temps l'indicateur.

- Le transfert des indicateurs aux administrations publiques en charge de la phase de généralisation se fonde sur un « kit » comprenant : un cahier des charges, une grille de recueil, des consignes de remplissage et la fiche signalétique d'évaluation de l'indicateur. Ce transfert s'établit vis-à-vis de trois institutions (la Dhos, la Drees, la Haute Autorité de Santé) et sur des objectifs d'utilisation différents (certification/ EPP, classement pour les infections nosocomiales).

Il faut préciser le rôle de COMPAQH dans le cadre du tableau de bord des infections nosocomiales. Le projet COMPAQH se situe là plus au sein d'une expertise collective coordonnée par la cellule des infections nosocomiales qu'en tant que pilote de la conception des indicateurs. Dans un premier temps, il a participé à la sélection des cinq indicateurs retenus dans le cadre du tableau de bord défini par le ministre de la santé en mars 2004. Il a ensuite proposé un canevas méthodologique pour décrire précisément chacun de ces indicateurs. Un principe du projet COMPAQH est de développer pour chaque indicateur un cahier des charges qui précise sa justification, ses modes de construction, ses modalités de recueil, et de traitement des données. En complément, des grilles de recueil sont construites pour permettre d'une manière économique la remontée des données. De mars à octobre 2004, le projet COMPAQH a participé aux cinq groupes de travail qui définissaient le contenu de chacun de ces cahiers des charges. Cette collaboration avec des experts du domaine avait pour objectif de montrer les contraintes métrologiques et de faisabilité dans la construction des indicateurs (critères d'exclusion, taille d'échantillon, source de données ; etc.). A partir d'Octobre 2004, le projet COMPAQH a testé la faisabilité de ces cinq indicateurs. Concrètement, il s'agit de tester la capacité des 36 établissements qui participent au projet à les mettre en œuvre, et à observer la fiabilité des données qui composent le score composite (ICALIN). Les résultats de ce test ont été rendus officiels au mois de juin 2005. En complément, le projet COMPAQH participe actuellement au groupe de travail créé par le comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS), chargé de réviser les cahiers des charges suite à l'expérimentation, et d'envisager les

modalités de traitement des données et de comparaison inter-établissements de ces indicateurs.

♦ ***Des différences de qualité***

D'une manière générale, les comparaisons inter-établissements établies en 2004 et 2005 convergent vers le même constat: des différences de qualité observables entre les établissements. Cette différence s'exprime à la fois en termes de variabilité inter-établissement et de rapport à des valeurs de performance. Ce constat est à replacer dans le contexte suivant : des établissements volontaires, des thèmes souvent déjà connus et travaillés (par exemple, la tenue du dossier du patient) ce qui suggère une variabilité plus importante à l'échelon national.

3.2 Perspectives

Le projet COMPAQH est reconduit jusqu'en mars 2009.

♦ ***Les objectifs de la recherche***

Les objectifs au cours de cette période sont de **poursuivre l'effort de test de nouveaux indicateurs de mesure de la performance en matière de qualité.** Ces tests ont vocation à permettre de construire de nouveaux indicateurs généralisables par les pouvoirs publics. **Par ailleurs, l'effort de recherche va s'intensifier sur la compréhension des modes d'utilisation de ces indicateurs.** Trois modes d'utilisation sont envisagés : l'emploi au sein des établissements à des fins de pilotage de la qualité ; la diffusion publique de l'information, par l'intermédiaire des classements ; l'incitation économique autour des résultats de ces mesures.

♦ ***Le dispositif de la recherche***

Pour assurer le bon déroulement de la recherche, l'étude s'appuie sur un panel d'établissements, un comité de pilotage, et une équipe de recherche opérationnelle.

Le Comité de Pilotage

La Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins reste le financeur principal du projet. La Haute Autorité de Santé maintient également son soutien financier. La Direction des Recherches et des Etudes en Santé (Drees) s'engage également financièrement dans le

projet. Outre les Fédérations Hospitalières et les représentants d'association d'usagers, l'Assurance-Maladie et la conférence des directeurs d'Agences Régionales de l'Hospitalisation soutiennent désormais le projet, participant au Comité de Pilotage. Des experts qualifiés complètent ce Comité.

Le panel des établissements

Le panel des établissements composant le projet va être recomposé. Deux critères guident cette recomposition :

- Géographiques (chaque région, hors DOM-TOM) est représentée par au moins un établissement. Au sein d'une aire géographique donnée, la comparaison conduit à ne pas sélectionner des établissements jugés « en concurrence » ;
- La représentativité des différents types d'établissements (CHU/CH régional, CH moins de 300 lits, Clinique de plus 100 lits, Clinique de moins de 100 lits, Hôpital local, CLCC, établissements psychiatriques privés, établissements psychiatriques publics, établissements de SSR, hôpitaux des armées).

Sur la base de ces critères, le panel est composé de la manière suivante :

- Les établissements parmi les 36 du projet « COMPAQH 1 » (23 MCO, 4 CLCC, 3SSR, 3 PSY, (ou encore 13 privés à but lucratif, 13 publics, 7 PSPH) qui souhaitent poursuivre ;
- Les établissements sollicités par l'intermédiaire des Agences Régionales de l'Hospitalisation afin de compléter le panel.

C'est le respect des deux critères, géographiques et de représentativité, qui détermine le choix définitif des établissements dans le cadre des établissements présentant leur candidature.

L'équipe de recherche

L'équipe de recherche reste composée des mêmes personnes. En outre, différents contacts sont noués avec les structures de recherche suivantes : CCECQA, Centre de recherches en gestion de l'école Polytechnique, Unité Biostatistique de l'hôpital Pitié-Salpétrière, Irdes. L'insertion dans la structure d'économie et de sciences sociales du CERMES (Centre de Recherches Médecine, Sciences, Société et Santé), unité mixte Inserm/Cnrs/Paris XI doit

également permettre de développer des collaborations, notamment sur le thème de l'impact de la diffusion publique.

♦ ***Le Plan de la Recherche***

Six étapes sont prévues :

- La définition de la liste des indicateurs ;
- Le recueil des données selon un protocole ad hoc ;
- Les traitements statistiques associés à la comparaison et à la validité des indicateurs ;
- L'analyse des modes de pilotage de la performance en matière de qualité à l'échelle d'un établissement ;
- L'analyse de la diffusion publique des mesures en matière de qualité ;
- L'analyse des incitations économiques à la qualité.

La définition de la liste des indicateurs (juin-déc 2006)

Dans un premier temps, la liste des huit objectifs prioritaires rassemblant les 42 indicateurs testés sera « mise à plat ». Cela signifie qu'un travail d'évaluation des indicateurs testés dans le cadre du projet COMPAQH sera réalisé en regard des initiatives internationales. Ce bilan servira de support à la définition de la liste des indicateurs développés et testés durant la phase de COMPAQH 2. Une démarche de consensus auprès des institutions et des établissements participants aidera à arrêter cette liste. Elle sera l'occasion pour ces institutions d'exprimer leurs besoins et leurs priorités (par exemple, choix de développer des indicateurs de pratique clinique tels que la prise en charge des pneumopathies communautaires, délais d'attente, iatrogénie). Une validation finale interviendra auprès du Comité de Pilotage.

A ce stade, une sélection définitive des établissements sera également opérée. La liste définitive des établissements s'engageant dans les étapes suivantes sera ainsi arrêtée à l'issue de la première phase durant le second semestre 2006.

Le recueil des données selon un protocole ad hoc (janv.2007-mars 2009)

Sur cette base sera assuré le recueil des données correspondant aux indicateurs arrêtés sur la nouvelle liste. La phase de conception de ce recueil s'établira selon la méthodologie éprouvée de développement des indicateurs.

La phase de comparaison et les traitements statistiques

Ces traitements seront assurés par l'équipe de recherche. Les tests métrologiques concernent la reproductibilité et la validité. Ces tests s'établissent lors de la seconde campagne de recueil. La comparaison se fera selon des méthodes classiques de comparaison de fréquence ou de moyenne pour les indicateurs sans modèle d'ajustement. En cas d'ajustement, les techniques d'analyse stratifiée ou de comparaison de ratio standardisés seront utilisées.

La comparaison inter-établissement sera réalisée une fois par an. Le rendu sera assuré à chaque établissement incluant les données comparatives, les autres établissements étant présentés d'une manière anonyme.

La comparaison entre les années sera assurée par indicateur en incluant tous les établissements.

Les modes de pilotage de la performance en matière de qualité à l'échelle de l'établissement de santé

Cette analyse s'établira en deux temps. Le premier sera la réalisation d'une revue de littérature définissant les points-clés des initiatives engagées dans les pays développés, notamment citées sous le terme de « balance scorecard ». Le second sera un dispositif de « retours d'expérience » où seront analysées les « meilleures pratiques » développées tant en matière d'implantation des indicateurs que de gestion de la qualité.

L'analyse de la diffusion publique des mesures en matière de qualité

Un premier axe de recherche concerne les caractéristiques statistiques d'un classement. L'objectif est double : statuer sur la capacité à agréger des résultats ; assurer une justice du classement (ne pas pénaliser ou valoriser à tort un établissement) et un caractère discriminant (produire des écarts significatifs entre les établissements). Un second axe concerne le développement de connaissances sur les modes de communication et l'interprétation des

informations par le professionnel et le patient/citoyen. Sur ce plan, une analyse d'impact de la diffusion publique de l'information en matière de qualité sera engagée. L'ensemble de ces opérations permettra d'identifier les avantages mais aussi les limites de la diffusion publique de l'information.

L'analyse de l'incitation économique de la qualité

L'objectif est de produire une meilleure connaissance de la pertinence d'un recours à des incitations financières pour améliorer la qualité.

Elle se traduit par un premier investissement de recherche qui vise à rassembler les différentes initiatives engagées dans ce domaine afin d'y distinguer les outils et les modes d'incitation considérés. Outre l'aspect descriptif, il s'agit d'évaluer leur soubassement théorique : saisir les concepts mobilisés dans ces initiatives, leur caractère approprié. A terme, l'analyse doit conduire à définir un cadre qui fixe un emploi optimal des modes d'incitation, permettant d'identifier les facteurs-clés qui favorisent ou au contraire gênent leur efficacité.

Un second investissement vise à explorer les relations coût-qualité selon les domaines abordés. L'hypothèse est que, selon les domaines, une qualité élevée peut être associée à la mise en œuvre d'un coût supplémentaire, ou peut être obtenu à coût constant, ou encore peut engendrer un moindre coût. La distinction de ces cas de figure est importante dans une perspective de financement de la qualité. En effet, dans le second et les troisième cas, le financement peut déclencher une subvention croisée (financer un établissement qui par ailleurs s'avère efficient). Des études économétriques par domaine doivent aider à mieux connaître la relation coût-qualité, sachant que les méthodes sont différentes selon les domaines abordés. Une première étude pourrait s'envisager en 2006 sur les données de l'Icalin. Les résultats de ces études peuvent aider à définir l'intensité de l'incitation.

Enfin, il faut souligner que la cohérence entre les différents modes d'utilisation (pilotage interne, diffusion publique, incitation économique) constitue en soi-même un objectif de recherche.

Le développement d'indicateurs validés et la meilleure compréhension de leurs modes d'utilisation doit ainsi aider les pouvoirs publics à réduire les inégalités de chance auxquelles sont confrontés les patients hospitalisés tout en optimisant le niveau de performance général.

4 Ont participé

4.1 Représentants des instances au comité de pilotage

Mme Eliane APERT, Sous-direction de la qualité et de la sécurité des soins, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, Ministère de la santé (représentant Jean Castex, directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins), Ministère de la Santé – DHOS

Mme Elvire ARONICA, Médecin Praticien hospitalier- Bureau E2 DHOS, Ministère de la Santé – DHOS

M. Marc ATTIA, Directeur, CMC Parly II

Mme Annick BERCHET, Directrice des Services Infirmiers, Clinique Mutualiste Saint-Étienne

Mme Sandrine BILLET, Chargée de Mission- Pôle économique, Fédération de l'Hospitalisation Privée

M. Joël BOUFFIES, Délégué Général Adjoint, Fédération Hospitalière de France

M. Frédéric BOUSQUET, Chargé de Mission, Haute Autorité de Santé

M. Philippe BURNEL, Directeur, Haute Autorité de Santé

Mme Delphine CARON, Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC)

M. Laurent CASTRA, Directeur Secteur Sanitaire, Fédération des établissements Hospitaliers et d'Assistance Privés

Mme Stéphanie DELARUE, Chargée de Projet, Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) – BAQIMEHP

Mme Catherine DUBOIS, Chargée de missions CNAMTS - Mission Etablissements et Œuvres, CNAMTS

Mme Sylvie FOISSEAU, Ingénieur Qualité, Centre Hospitalier Universitaire d'Angers

M. Gilles GAEBEL, CISS

M. Yves GAUBERT, Adjoint au Délégué Général-Responsable de la BDHF, Fédération Hospitalière de France

M. GIRARD, Délégué Général, Fédération Hospitalière de France

Mme Catherine GRENIER-SENNELIER, Responsable du secteur Qualité-Indicateurs, Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC)

M. GUARRIGUES, Conseiller médical, Fédération Hospitalière de France

Mme Claude-Sylvie GUELDRY, Directrice du BAQIMEHP, Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) – BAQIMEHP

Dr. Lounis HAMZI, Radiologue, AP-HP – Hôpital Lariboisière, PARIS

Dr. Pierre LESTEVEN, Conseiller en stratégie, Fédération Hospitalière de France

Mme Sylvie MANSION, Directeur Adjoint CNAMTS - Mission Etablissements et Oeuvres, CNAMTS

M. Brice MARTIN, Attaché Juridique-Direction des Activités Sanitaires, Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Assistance Privés

M. Christophe MATRAT, Directeur Général, Clinique Mutualiste Saint-Etienne

M. Jean-Marc NADAL, Conseiller technique qualité et sécurité des soins en établissements de santé, Ministère de la Santé - DHOS

M. Ronald PONTEFRACT, Directeur Adjoint, Centre Hospitalier Universitaire d'Angers

M. Christophe RATEAU, Directeur Général Adjoint Chargé de la Mutualité Santé, Mutualité Française-Santé

Mme Catherine RUMEAU-PICHON, Chef du service du Service Evaluation Economique, Haute Autorité de Santé

Mme Valérie SALOMON, Pharmacienne, Ministère de la Santé – DHOS

M. Frédéric SANGUIGNOL, Directeur/ Médecin nutritionniste, Clinique du Château de Vernhes

Mme Peggy SEJOURNE, Responsable Secteur d'Hospitalisation, Mutualité Française-Santé

4.2 Les membres du groupe projet

Dr. Xavier ABBALLE, Médecin de Santé Publique, Centre Hospitalier Intercommunal de Marmande-Tonneins, MARMANDE

Mme ABRIAL, DIM, Clinique Mutualiste Saint-Etienne, SAINT-ETIENNE

Mr Abdel ACHACHE, Responsable Cellule Qualité, Centre Léon-Bérard, LYON

Mme ADAM, Pharmacienne-Présidente du CLIN, Centre Hospitalier de Vendôme, VENDOME

Mme AGUINI, Service Qualité, Institut Gustave Roussy, VILLEJUIF

M. Jean-Marie ALARD, Médecin Anesthésiste, Centre Hospitalier de Blaye, BLAYE

Dr. ALBERT, Chef de service cardiologie, Centre Hospitalier de Chartres, CHARTRES

Mme Véronique ALOY, technicien administratif - cellule qualité, centre Léon Bérard, LYON

M. Pierre ALETTI, Référent Qualité, Centre Alexis Vautrin, VANDOEUVRE-LES-NANCY

Dr. David ANDRE, Urologue, Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, ANGERS

M. David ANDRIAMAHAKAJY, Chirurgien viscéral, Centre Hospitalier de Blaye, BLAYE

Dr. ANYS, médecin – chef de service, Service Accueil Urgences, Centre Hospitalier de Blois, BLOIS

Mme Elisabeth ARLERY, Référente service imagerie médicale, Clinique Beau Soleil, MONTPELLIER

Mme Sophie ARONDEL, Cadre de Santé, AP-HP – Hôpital Lariboisière, PARIS

Mme Françoise ARRUGA, Cadre de Santé Cardiologie, Centre Hospitalier de Blois, BLOIS

Mme Ghislaine ATTIA, Cadre de Santé, AP-HP – Hôpital Lariboisière, PARIS

Mme Chantal AUBERT, Attaché d’administration hospitalière Service des ressources humaines, SAINT-MAURICE

Dr. AUDEBERT, Médecin DIM, Nouvelles Cliniques Nantaises, NANTES

Evelyne AUGIER-CLÉRY, Directeur qualité, Centre Hospitalier Intercommunal de Marmande-Tonneins, MARMANDE

Mme Victoria AUTRET, Directeur Clientèle, Hôpital Foch, SURESNES

M. Antoine BACHOLLE, Directeur, Centre Hospitalier Privé Saint Martin, CAEN

M. Jean Pierre BADER, Directeur des Ressources Humaines, Fondation de la Maison du Diaconat, MULHOUSE

M. BAGET, Cardiologue réanimateur, CMC Parly II, LE CHESNAY

Mme BAILLOU, Ressources Humaines, Institut Gustave Roussy, VILLEJUIF

Dr. BALI, Urologue, Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, ANGERS

Mme Marie-Antoinette BANOS, Cadre supérieur de santé, Chargée de mission, Centre Hospitalier de Pau, PAU

Dr. BANUS, Cardiologue, Nouvelles Cliniques Nantaises, NANTES

M. Christophe BARBE, Ingénieur Qualité Risques, Centre Hospitalier des Pyrénées, PAU

M. Thierry BARBON, Directeur Régional, Clinique de Fontaine, FONTAINE LES DIJON

Hervé BARENNES, Ingénieur Subdivisionnaire services techniques, Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, TALENCE

M. Pierre-Jean BARGNOUX, Référent Qualité, Centre Jean Perrin, CLERMONT-FERRAND

Mme Véronique BARRIERE, Médecin Douleur, Hôpital Foch, SURESNES

Mme Frédérique BASSET, Gestionnaire du Personnel, AP-HP – Hôpital Lariboisière, PARIS

Jean René BASTARD, Neurologue chef de service, Centre Hospitalier de Mont de Marsan, MONT DE MARSAN

Fatima BASTIDE, Secrétaire principale, Institut Gustave Roussy, VILLEJUIF

Mme BASTIN, Responsable du Bureau du Personnel, Clinique de Fontaine, FONTAINE LES DIJONS

Pr. BATAILLE, Directeur, Centre René Gauducheau, SAINT HERBLAIN

M Charles BATAILLON, DIM, Clinique de Fontaine, FONTAINE LES DIJON

Martine BAUD, GRH, Clinique du Mas de Rochet, CASTELNAU LE LEZ

Marc BAUDET, Cardiologue, Centre Hospitalier de Dax, DAX

Mme Anne BAUDIN, Cadre de Santé Pneumologie, Centre Hospitalier de Blois, BLOIS

Dr. Patricia BAUNE, Médecin hygiéniste, Hôpital Foch, SURESNES

Pr. Philippe BEAUFILS, Chef de Service, AP-HP – Hôpital Lariboisière, PARIS

Mme Ghislaine BELLUE, Surveillante Urgences / Radio, Centre Hospitalier de Blaye, BLAYE

Dr. Abel BENALI, Médecin Unité mobile de microbiologie clinique, Hôpital Saint-Joseph, PARIS

Mlle Stéphanie-Nadia BENALI, Assistante RH, Centre Médico-Chirurgical Ambroise Paré, NEUILLY SUR SEINE

Mme Noëlle BENEZETH, Infirmière, Clinique Beau Soleil, MONTPELLIER

Tewfik BENKALFATE, Président du CME, Chirurgien Orthopédiste, Clinique Mutualiste « La Sagesse », RENNES

Mme Annick BERCHET, Directrice des Services Infirmiers, Clinique Mutualiste Saint-Etienne, SAINT-ETIENNE

Mme Stéphanie BERHAMEL, Responsable Assurance Qualité (RAQ), Nouvelles Cliniques Nantaises, NANTES

Eliane BERNADET, Cadre Médico-Technique, Centre Hospitalier de Mont de Marsan, MONT DE MARSAN

M BERNARD, Contremaître, Centre Hospitalier de Blaye, BLAYE

M. André BERNAT, Directeur Général, Clinique Beau Soleil, MONTPELLIER

Dr. BERRANGER, Médecin, Urgences, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, SAINT-NAZAIRE

Dr. Daniel BERSANI, Chef de Service d'Imagerie Médicale, Centre Hospitalier de Pau, PAU

Mme Véronique BESNARD, Responsable Qualité, Centre Hospitalier de Vendôme, VENDOME

Dr. Dalila BESSAOUD, Médecin DIM, Clinique Beau Soleil, MONTPELLIER

Renaud BESSELÈRE, Chef de Service d'Information Médical, Hôpital d'Instruction des Armées "Robert Picqué", BORDEAUX

Mme BIHANIC, Cadre de santé, Pédiatrie – Urgences pédiatriques, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, SAINT-NAZAIRE

Mme BILLET, Surveillante du Département d’Imagerie Médicale, Centre Oscar Lambret, LILLE

M. BINDI, Pharmacien, Clinique Saint Sauveur, MULHOUSE

Mme BIQUE, Service Qualité, Institut Gustave Roussy, VILLEJUIF

Mme BIZIOT, Directeur des Ressources Humaines, Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, ANGERS

Mme BLAIRON, Responsable d'unité de soins, Nouvelles Cliniques Nantaises, NANTES

Mme Dominique BLANC, médecin coordinateur, Clinique du Mont Duplan, NIMES

Mme BOBINEAU, Cadre infirmier des Urgences, Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, ANGERS

Mme Danielle BOESCH, Surveillante du Centre de Ressources Qualité, Fondation de la Maison du Diaconat, MULHOUSE

Mme BONNET, Responsable d'unité de soins, Nouvelles Cliniques Nantaises, NANTES

Dr. Philippe BONNIN, Médecin, AP-HP – Hôpital Lariboisière, PARIS

Dr. Antoine BOROCCO, Imagerie Médicale, Centre Hospitalier de Pau, PAU

Dr. Viviane BOSSARD, Médecin responsable de l’Unité d’Evaluation et de Traitement de la Douleur, Centre Hospitalier de Blois, BLOIS

Mme Geneviève BOUDON, Secrétariat DRH, Clinique Beau Soleil, MONTPELLIER

Mr. BOUKHATEM, Responsable des Services Informatiques, Clinique de Fontaine, FONTAINE LES DIJONS

Mme Dominique BOULANGE, Gérant, Centre Médico-Chirurgical Ambroise Paré, NEUILLY SUR SEINE

Hélène BOULESTREAU, PH service Hygiène Hospitalière, Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, TALENCE

Mme BOULET, Cadre de santé, Médecine gériatrique 1, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, SAINT-NAZAIRE

Mme Isabelle BOULLET, surveillante service ambulatoire, CMC Parly II, LE CHESNAY

Dr. Frédéric BOURDAIN, Neurologue, Hôpital Foch, SURESNES

Charles BOURDALLE-BADIE, Chef de service chirurgie ambulatoire, Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, TALENCE

Mme Evelyne BOURLIER, Cadre de Santé, AP-HP – Hôpital Lariboisière, PARIS

Pr. M. G. BOUSSER, Chef de Service, AP-HP – Hôpital Lariboisière, PARIS

Dr. BOUSSIGUE, Responsable du CLIN - Neurochirurgien, Clinique des Cèdres, CORNEBARRIEU

Mme Martine BOUYSSIE, Référent Qualité, Institut Paoli-Calmettes, MARSEILLE

Mme Isabelle BOUYSSOU, Coordonnateur Cadre Infirmier pôle organisation de soins et qualité, Hôpital Saint-Joseph, PARIS

Mme Lydie BOYER, Responsable administrative, Clinique d'Aufrery, PIN BALMA

Médecin en Chef BRANDSTATT, Adjoint au chef de service de Cardiologie, Hôpital d'Instruction des Armées "Robert Picqué", BORDEAUX

Emmanuel de BRAQUILANGES, Chirurgien ORL, Clinique Mutualiste « La Sagesse », RENNES

Frédérique BRAUD, Cadre de Santé, Clinique Mutualiste « La Sagesse », RENNES

Jean-Luc BRAVI, Attaché d'administration DRH, Centre Hospitalier de Mont de Marsan, MONT DE MARSAN

M. Alain BREDIN, Neurologue libéral vacataire, Centre Hospitalier de Blaye, BLAYE

Dr. Philippe BRETON, Pharmacien, Centre Hospitalier de Blois, BLOIS

M. Franck BREYSSE, Cadre de Santé - Responsable Assurance Qualité, Clinique Saint Sauveur, MULHOUSE

Dr. Lofti BRILLAND, Cardiologue, Hôpital Foch, SURESNES

M. BRONSTEIN, Urologue, CMC Parly II, LE CHESNAY

Dr. BRUN, Radiologue, Clinique Saint Sauveur, MULHOUSE

Mme Evelyne BRUNEAU, Surveillante, Hôpital Foch, SURESNES

Mme Véronique BRUNIQUEL, Gestionnaire - Responsable Qualité, Clinique d'Aufrery, PIN BALMA

Mme Evelyne BRUNOT, Surveillante, Hôpital Foch, SURESNES

Dr. Dominique BUCQUOIT, Médecin DIM, Centre Médico-Chirurgical Ambroise Paré, NEUILLY SUR SEINE

Dr. Frédérique BUFFON, AH, AP-HP – Hôpital Lariboisière, PARIS

M. Etienne BUISSET, Directeur-Adjoint, Responsable du Département d'Information Médicale, Centre Oscar Lambret, LILLE

M. BULTEAU, Cadre de santé, Chirurgie Orthopédique, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, SAINT-NAZAIRE

Mme Catherine BUSSY, Coordinatrice Qualité, Institut Gustave Roussy, VILLEJUIF

Mme Bernadette BUTEAU, Cadre Supérieur de Santé Pôle Urgences/Réa/SAMU/SMUR, Centre Hospitalier de Blois, BLOIS

Mme Martine CABRIT, Chef de Projet, Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, TALENCE

M. Fabien CADY, Adjoint technique DRH, Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, ANGERS

M. Jean-Francois CAILLAT, Directeur Général Adjoint, Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, ANGERS

M. Diégo CALABRO, Directeur Général, Fondation de la Maison du Diaconat, MULHOUSE

Dr. Bernard CALAS, Pharmacien, Clinique Beau Soleil, MONTPELLIER

M. Michel CALMON, Directeur Général, Centre Hospitalier de Chartres, CHARTRES

Mme Emilie CANDAU-TILH, Assistante qualité, Centre Hospitalier de PAU

Brigitte CANTELOUP, Biologiste, Centre Hospitalier de Dax, DAX

M. Christian CAODURO, Directeur, Clinique Saint Sauveur, MULHOUSE

Mme Nadine CAPBERN, Cadres Supérieur de santé, Centre Hospitalier de Mont de Marsan, MONT DE MARSAN

Jocelyne CAPPA REY-TRICHOT, Statisticienne, Centre Hospitalier de Dax, DAX

Dr. Jean CARLET, Directeur, Hôpital Saint-Joseph, PARIS

Dr. Brigitte CARON, Pharmacien, Centre Médico-Chirurgical Ambroise Paré, NEUILLY SUR SEINE

Stéphane CARON, Responsable exploitation informatique, Clinique Mutualiste « La Sagesse », RENNES

Mme CARON-POITREAU, Médecin chef de service Imagerie du CHU, Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, ANGERS

Dominique CASSIGNARD, Président de CLIN, Centre Hospitalier Intercommunal de Marmande-Tonneins, MARMANDE

Catherine CATHELINEAU, Chef de service du Personnel, Hôpital d'Instruction des Armées "Robert Picqué", BORDEAUX

Dr. Antoine CEDDAHA, Chef de bloc opératoire, Hôpital Foch, SURESNES

Mme CERUTI, Responsable des ressources humaines, Nouvelles Cliniques Nantaises, NANTES

Mme CHABAUD MAYER, Praticien hygiéniste, Centre Hospitalier de Chartres, CHARTRES

Mme CHACHATY, Laboratoire de Microbiologie, Institut Gustave Roussy, VILLEJUIF

M. CHAILLEY, Directeur, Clinique du Mont Duplan, NIMES

Mme Zina CHALABI, Infirmière, Clinique Beau Soleil, MONTPELLIER

Dr. Annie CHALFINE, Médecin Hygiéniste, Hôpital Saint-Joseph, PARIS

Dr. Maurice CHANTEREAU, Médecin-Chef Maternité, Centre Hospitalier de Blois, BLOIS

Mireille CHARTIER, Président clinique, Clinique Mutualiste « La Sagesse », RENNES

Catherine CHASSIN, Infirmière Douleur, Hôpital d'Instruction des Armées "Robert Picqué", BORDEAUX

Dr. Paul CHATON, Médecin DIM, Centre Hospitalier de Blois, BLOIS

Mme CHAUN, Infirmière Classe Supérieure, Hôpital d'Instruction des Armées "Robert Picqué", BORDEAUX

Dr. Arlette CHECOURY, Médecin, AP-HP – Hôpital Lariboisière, PARIS

Mme Véronique CHENET, Gestionnaire de risques, Hôpital Foch, SURESNES

Vonick CHENU, Médecin urgentiste, Centre Hospitalier de Dax, DAX

M. Jean-Robert CHEVALLIER, Directeur par intérim, Centre Hospitalier de Blois, BLOIS

M. Philippe CHOUPIN, Directeur, Nouvelles Cliniques Nantaises, NANTES

Francine CINIER, Responsable adjointe, Institut Gustave Roussy, VILLEJUIF

Mme CLAVIER, Cadre de santé, Gastro-Entérologie, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, SAINT-NAZAIRE

Mme Florence CLEMENT, Secrétaire de Direction, Clinique du Mont Duplan, NIMES

Mme Chantal COLIN, Surveillante Service Imagerie, Centre Hospitalier de Blaye, BLAYE

Mme COLIN, Responsable archives, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, SAINT-NAZAIRE

Mireille COLLIGNON, Assistante sociale, Clinique du Mas de Rochet, CASTELNAU LE LEZ

Mme COLOMBINI, Gestionnaire Médico-Economique, CMPR de Coubert, COUBERT

Mme CONTE, Archiviste, Clinique de Fontaine, FONTAINE LES DIJONS

Mme Annie COPPOLA, Surveillante, Hôpital Foch, SURESNES

Mme Marie Monique COQUET, Cadre de santé du service « Spécialités Chirurgicales », Centre Hospitalier de PAU, PAU

Philippe CORMIER, Médecin DIM, Centre Hospitalier de La Réole, LA REOLE

Pierre COSTE, Chef de service Cardiologie, Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, TALENCE

Stéphanie COSTE, Secrétariat médical, Clinique du Mas de Rochet, CASTELNAU LE LEZ

M. Philippe COTTARD, Directeur Général, Hôpital Foch, SURESNES

Dr. Géry COUROUBLE, Médecin Laboratoire, Centre Hospitalier de Blois, BLOIS

Dr. COURTAULT, Cardiologue, Clinique des Cèdres, CORNEBARRIEU

Nelly COURTIER, Secrétaire principale, Institut Gustave Roussy, VILLEJUIF

Mme Myriam COURTOIS, Responsable des Ressources Humaines, Centre Hospitalier de Vendôme, VENDOME

M. Jean Robert COUSSAU, Directeur Adjoint chargé de la Qualité et Gestion de Risques, Centre Hospitalier de Dax, DAX

COUSSIEU, Cadre responsable d'une structure ambulatoire, Clinique des Cèdres, CORNEBARRIEU

M. Clément COUTEAU, Assistant Qualité, Centre Médico-Chirurgical Ambroise Paré, NEUILLY SUR SEINE

Mme CUCCHI, Responsable PMSI au DIM, Centre Oscar Lambret, LILLE

Mme CUISINIER, Surveillante du Bloc Opératoire, Centre Oscar Lambret, LILLE

Mme Véronique DAHAN, Directeur opérationnel, Clinique des Cèdres, CORNEBARRIEU

Dr. Brigitte DALBAN, Médecin, Hôpital Foch, SURESNES

Mme DAMOISEAU, Adjoint administratif, contrôle de gestion, Centre Hospitalier de Chartres, CHARTRES

Mlle Florence DANIEAU, Pharmacien Assistant, Centre Hospitalier de Pau, PAU

Mme Dominique DARDELLE, Pharmacien, Hôpital Foch, SURESNES

Josiane DARRIEUMERLOU, Praticien Hospitalier en Hygiène, Centre Hospitalier de La Réole, LA REOLE

M. DAVID, Cadre de santé, Neurologie, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, SAINT-NAZAIRE

Dr. DAVID, Neurologue, Clinique des Cèdres, CORNEBARRIEU

Mme Nathalie DE BARALLON, Surveillante, Centre Médico-Chirurgical Ambroise Paré, NEUILLY SUR SEINE

M. François DE CAPELE, Directeur des ressources humaines, Clinique Beau Soleil, MONTPELLIER

Corine DE CARPENTRY, Cadre de santé du service d'Orthopédie, Hôpital d'Instruction des Armées "Robert Picqué", BORDEAUX

Mme Catherine DE GISLAIN, Référent Qualité, Centre Georges-François Leclerc, DIJON

Dr. Philippe DE LENTDECKER, Médecin Réanimateur Cardiologue, Hôpital Foch, SURESNES

Mme Isabelle DE PABLO, Cadre Infirmier, Hôpital Saint-Joseph, PARIS

Mme Marion DE VARINE, Surveillante, Centre Médico-Chirurgical Ambroise Paré, NEUILLY SUR SEINE

Mme Marie-France DEBERLES, Infirmière Hygiéniste, Centre Oscar Lambret, LILLE

M. Alain DEBETZ, Directeur, Centre Hospitalier des Pyrénées, PAU

Séverine DEBOEVER, Technicienne Qualité, Centre Hospitalier de Dax, DAX

Dr. Marie Christine DECHATRE, Urologue, Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, ANGERS

Dr. Jean-Pierre DECROIX, Neurologue, Hôpital Foch, SURESNES

Catherine DEJEAN, Pharmacienne, Centre Hospitalier Intercommunal de Marmande-Tonneins, MARMANDE

Mme DELALANDE, Responsable d'unité de soins, Nouvelles Cliniques Nantaises, NANTES

Hélène DELAVALLADE, Praticien Hospitalier en Pharmacie, Centre Hospitalier de La Réole, LA REOLE

Dr. DELBOS, Responsable du CLUD - Anesthésiste, Clinique des Cèdres, CORNEBARRIEU

Pr. Brigitte DELEMER, Service d'endocrinologie du CHU de Reims, secrétaire générale de la Société Française d'Endocrinologie

Elisabeth DELEST, Attachée d'administration hospitalière, Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, TALENCE

Dr. DENIER, Chirurgien, médecin DIM, Centre Hospitalier de Chartres, CHARTRES

Dr. DENIS, Chef de service, Cardiologie, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, SAINT-NAZAIRE

Mme DENISE, Responsable des archives centrales, Centre Hospitalier de Chartres, CHARTRES

Mme Laurence DERCHE, Cadre Supérieur de Santé, Centre Hospitalier de Chartres, CHARTRES

Dr. Jacques DESBAUMES, Directeur Qualité & 3C, Centre Léon Bérard, LYON

Patrice DESBORDES, Neurologue, Centre Hospitalier de Dax, DAX

Dr. Loïc DESCAMPS, CLUD, Clinique du Mas de Rochet, CASTELNAU LE LEZ

Romain DESMARIS, Pharmacien, Institut Gustave Roussy, VILLEJUIF

Mme DESPLAT, Directrice Médico-Techniques, Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, TALENCE

M. Laurent DESRATS, Adjoint des Cadres DRH, Centre Hospitalier de Blois, BLOIS

Mme Isabelle DEVIE, Référent Qualité, Institut Jean Godinot, REIMS

Mme Myriam DI FANT, Surveillante, Centre Hospitalier de Blaye, BLAYE

M. DODET, Responsable du service de radiologie, Nouvelles Cliniques Nantaises, NANTES

Marylène DOMANGE, Cadre de santé service de radiologie, Centre Hospitalier de La Réole, LA REOLE

Pierre Emmanuel DONOT, technicien administratif - cellule qualité, centre Léon Bérard, LYON

M. Frédéric DONEAU, Référent Qualité, Centre Paul Papin, ANGERS

Christophe DORAC, Adjoint des cadres, Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, TALENCE

Mme Marie-Christine DORE, Directrice des soins, Centre Hospitalier de Blois, BLOIS

Dr. Philippe DOUTRELANT, Responsable du Département des Laboratoires, Centre Oscar Lambret, LILLE

Dr. Clarisse DROMAIN, Chef de service adjoint de Radiologie Diagnostique, Institut Gustave Roussy, VILLEJUIF

Pr. DUBAT, Professeur et chef de service de Neurologie, Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, ANGERS

Dr. Claude DUBOIS, Cardiologue, Centre Médico-Chirurgical Ambroise Paré, NEUILLY SUR SEINE

Dr. Claude DUBOIS, Médecin Réanimateur Cardiologue, Hôpital Foch, SURESNES

Marie-France DUBOURG, Cadre de santé, Centre Hospitalier Intercommunal de Marmande-Tonneins, MARMANDE

M. Christophe DUCAROIS, Cadre de santé Anesthésiologie, Centre hospitalier de PAU, PAU

Céline DUCAZEAUX, Qualiticienne, Centre de Soins de Suite et de Réadaptation Châteauneuf, LEOGNAN

M Gérard DUCOS, Responsable de l'entretien, Centre de Soins de Suite et de Réadaptation Châteauneuf, LEOGNAN

Dr. DUFFET, Médecin DIM, Hôpital Foch, SURESNES

Mme Marie Françoise DUMAY, Gestionnaire de Risques, Hôpital Saint-Joseph, PARIS

Mme Isabelle DUNY, Etudes et statistiques DRH, Centre Hospitalier de Mont de Marsan, MONT DE MARSAN

Mlle Claire DUPONT, Responsable Qualité, Centre Médico-Chirurgical Ambroise Paré, NEUILLY SUR SEINE

M. Paul DUPONT, Directeur des ressources humaines, Clinique Saint Sauveur, MULHOUSE

Mme Geneviève DUPOUY, Cadre Supérieur de Santé - Qualité, Centre Hospitalier de Mont de Marsan, MONT DE MARSAN

Mme DUPUIS, Responsable du Service ambulatoire, Clinique de Fontaine, FONTAINE LES DIJONS

Mr Christophe DUPUY, responsable sécurité, Centre Oscar Lambret, LILLE

Mme Anne-Marie DURQUETY, Cadre de santé service de cardiologie, Centre Hospitalier de Mont de Marsan, MONT DE MARSAN

Mme Céline DURAND, IDE Hygiéniste, Clinique Mutualiste "La Sagesse", RENNES

M. Jacques DURAND, Président de la CME, Centre Hospitalier des Pyrénées, PAU

Dr. DURAND, Chef de service, chirurgie orthopédiste, Centre Hospitalier de Chartres, CHARTRES

Christophe DURAND, DSIO, Clinique Mutualiste "La Sagesse", RENNES

Mme Anne-Marie DURQUETY, Cadre de santé service de cardiologie, Centre Hospitalier de Mont de Marsan, MONT DE MARSAN

Mme Marie-Noëlle DUVAL, Directrice des Soins et des Projets, Clinique Mutualiste "La Sagesse", RENNES

Mme DUVAL, Responsable du service accueil - facturation, Nouvelles Cliniques Nantaises, NANTES

Dr EL BAKKALI, Chef de Service Imagerie, Centre Hospitalier de Mont de Marsan, MONT DE MARSAN

Sylvia ENFEDAQUE, Assistante qualité, Institut Bergonié, BORDEAUX

Dr. Isabelle ENTRECANNALES, Chef de Service Urgences SAU, Hôpital Saint-Joseph, PARIS

Mme ESCOJIDO, Pharmacien - Présidente du CLIN, Clinique du Mont Duplan, NIMES

Dr. Philippe ESTAGNASIE, Cardiologue - Président du CLIN, Centre Médico-Chirurgical Ambroise Paré, NEUILLY SUR SEINE

M. Patrick ESTELA, Ingénieur qualité, Clinique Beau Soleil, MONTPELLIER

M. Patrick EXPERT, Directeur Adjoint Evaluation et Stratégie, Centre Hospitalier de Blois, BLOIS

Viviane EXPERT, Attachée d'Administration, Centre Hospitalier de La Réole, LA REOLE

M. FACHIN, Responsable Manipulateurs Radio, Clinique des Cèdres, CORNEBARRIEU

Christiane FARRER, Médecin DIM (MCO/SSR), Centre Hospitalier de Mont de Marsan, MONT DE MARSAN

M. Thierry FAUCON, Surveillant chef, Hôpital Foch, SURESNES

M. Cyril FAUGE, Gestionnaire du Personnel, AP-HP – Hôpital Lariboisière, PARIS

Dr. Dominique FAURE, Imagerie Médicale, Centre Hospitalier de Pau, PAU

Mme Anne Marie FAVREAU, Diététicienne, Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, ANGERS

Françoise FERRERE, Secrétaire des instances, Centre de Soins de Suite et de Réadaptation Châteauneuf, LEOGNAN

Jean Louis FIGUERAS, Cadre de santé, Centre Hospitalier Intercommunal de Marmande-Tonneins, MARMANDE

Mme Blandine FILET, Médecin DIM, Centre Hospitalier de Blaye, BLAYE

Mme Marie-Claire FILLOT, Responsable du service d'action sociale projet et coordination, SAINT-MAURICE

Mme Josiane FINCK, Adjoint des cadres, Centre Hospitalier de La Réole, LA REOLE

Mme Chantal FLANDE-PETITO, Cadre diététicienne, Centre Hospitalier de Pau, PAU

Mme Sylvie FOISSAUD, Ingénieur Qualité, Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, ANGERS

Mme Marianne FONCK, Médecin, Institut Bergonié, BORDEAUX

Véronique FONTANEL, Cadre de santé DIM (MCO/SSR), Centre Hospitalier de Mont de Marsan, MONT DE MARSAN

Mme Kathia FOUCHER, Assistante Qualité, Hôpital Foch, SURESNES

Mme FOUGEROUS, DRH, Clinique des Cèdres, CORNEBARRIEU

Mme FOUGEROUS, Responsable GRH, Clinique des Cèdres, CORNEBARRIEU

Mlle Emmanuelle FOUJU, Responsable Qualité, Centre Hospitalier de Chartres, CHARTRES

Mme Sophie FOURMAUX, Biologiste, Centre Hospitalier de Blaye, BLAYE

M. FOURNIER, Biostatisticien, Centre Oscar Lambret, LILLE

Mme Nathalie FOURNIVAL, Infirmière coordinatrice douleur, Hôpital Foch, SURESNES

Mme FRANCHET, Cadre supérieur, Radiologie, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, SAINT-NAZAIRE

Mme Martine FRANZIN GARREC, Directrice des Soins Infirmiers, Centre Médico-Chirurgical Ambroise Paré, NEUILLY SUR SEINE

Dr. FREGEVUS, Urologue, Clinique des Cèdres, CORNEBARRIEU

Dr. Georges FREY, DIM, Fondation de la Maison du Diaconat, MULHOUSE

Mme FRIGO, Infirmière Hygiéniste, Clinique Saint Sauveur, MULHOUSE

Dr. Patrick FRIOCOURT, Médecin – chef de service, Centre Hospitalier de Blois, BLOIS

Mme FRIOUX, Adjoint des cadres, DRH, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, SAINT-NAZAIRE

Dr. Jacques FRISTCH, Chef d'unité, Hôpital Foch, SURESNES

Jean-Pierre GACHIE, Chef de service Hygiène Hospitalière, Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, TALENCE

Dr. Didier GAILLARD, Chef de service SSIM Coordonnateur Médical pôle organisation des soins et qualité, Hôpital Saint-Joseph, PARIS

Sophie GANCEL, Directrice adjointe, Centre de Soins de Suite et de Réadaptation Châteauneuf, LEOGNAN

Mme Anne GANTET, Cadre Hygiéniste, Hôpital Foch, SURESNES

M. Eric GARNIER, Responsable immobilier, Hôpital Foch, SURESNES

M. Jean-Luc GARRIGUES-GUYONNAUD, Directeur Général, Centre Hospitalier de Blois, BLOIS

Régis GASTINNE, Radiologue, Clinique Mutualiste « La Sagesse », RENNES

M. Pierre GATEAU, Médecin cardiologue, Centre Hospitalier de Blaye, BLAYE

M. Dominique GAUTHIER, Pharmacien, Centre Hospitalier de Blaye, BLAYE

M. Patrick GAUTIER, Cadre infirmier en Radiologie, Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, ANGERS

Chantal GEFFLOT-HARDY, IDE chef, Clinique Mutualiste « La Sagesse », RENNES

Mme GEISSLER, Coordinatrice des secrétariats auprès de la Direction, Centre Oscar Lambret, LILLE

Dr. GERBAULT, Chirurgien Urologue, Centre Hospitalier de Blois, BLOIS

Laurence GERBE, Hygiéniste, Clinique du Mas de Rochet, CASTELNAU LE LEZ

Mme GHISALBERTI, Biologiste, CMPR de Coubert, COUBERT

Denis GIBASSIER, Pharmacien, Clinique Mutualiste « La Sagesse », RENNES

Mme Monique GIBERT, Cadre infirmier, Clinique Beau Soleil, MONTPELLIER

Véronique GILLERON, PH DIM, Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, TALENCE

Mme Laurence GILLES, Surveillante, Centre Médico-Chirurgical Ambroise Paré, NEUILLY SUR SEINE

Dr. GIRARD, Chirurgien Orthopédiste, Centre Hospitalier de Blois, BLOIS

Jane GLEDHILL, Cadre infirmier, Institut Gustave Roussy, VILLEJUIF

Dr. Valéry GLEIZES, Chirurgien Orthopédiste, Centre Médico-Chirurgical Ambroise Paré, NEUILLY SUR SEINE

M. GOBLET, Statisticien, contrôle de gestion, Centre Hospitalier de Chartres, CHARTRES

Mr Jacques GOETSCHY, Responsable coordinateur du Plateau d'Imagerie Médicale, Fondation de la maison du Diaconat, MULHOUSE

Mme Sylvie GOFFINET, Contrôleur de Gestion, Hôpital Foch, SURESNES

M. GOMEZ, PMSI, Centre Léon Bérard, LYON

Aline GONELLE, Adjoint administratif, Centre Hospitalier de Dax, DAX

M. Jean-Pascal GONZALEZ, Ingénieur Qualiticien, Hôpital d'Instruction des Armées "Robert Picqué", BORDEAUX

Mme GOSSELIN, Pharmacien Gérant, Centre Oscar Lambret, LILLE

Mlle Florence GOUDIER, IDE Hygiéniste, Centre Médico-Chirurgical Ambroise Paré, NEUILLY SUR SEINE

M. GOUSSET, Cadre de santé, Pneumologie, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, SAINT-NAZAIRE

Dr. Philippe GRAVELEAU, Chef de service, Hôpital Foch, SURESNES

Mme Séverine GRELIER, Coordinatrice Qualité, Hôpital de Saint-Maurice, SAINT-MAURICE

M. Jean GRENIER, Référent Qualité, Centre Val d'Aurelle – Paul Lamarque, MONTPELLIER

M. GRIVAUX, Directeur des usagers et de la communication, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, SAINT-NAZAIRE

Max GRUBER, Ingénieur Organisation, Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, TALENCE

Mme Anne GUEGAN, Référente Qualité, Centre Henri Becquerel, ROUEN

M. GUERIN, Cadre de santé, Médecine gériatrique 3, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, SAINT-NAZAIRE

Mme Martine GUERY, Technicienne Information Médicale, CMPR de Coubert, COUBERT

Dr Jean-Pierre GUICHARD, Radiologue, AP-HP – Hôpital Lariboisière, PARIS

Mme Françoise GUILLARD, Pharmacienne Gérant, Fondation de la Maison du Diaconat, MULHOUSE

Dr. Rémi GUILLON, Radiologue, Clinique Beau Soleil, MONTPELLIER

Mme GUILLOT, Responsable d'unité de soins, Nouvelles Cliniques Nantaises, NANTES

Dr. Alain GUIOMARD, Chef de Cardiologie, Hôpital Foch, SURESNES

Dr. Nathalie GUIOT, Anesthésiste, Centre Hospitalier de Pau, PAU

Mme Christine GUIRAUD-CHAUMEIL, Directeur - PDG, Clinique d'Aufrery, PIN BALMA

Mme Sophie GUIRIMAND, Qualiticienne, Centre Hospitalier de Blaye, BLAYE

Jean Pierre GUNTZ, Informaticien, Institut Gustave Roussy, VILLEJUIF

Dr Emma HAABY, Médecin DIM, Clinique Saint Sauveur, MULHOUSE

M. HARDY, Podologue, Gériatrie, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, SAINT-NAZAIRE

Mme HAREN, Responsable d'unité de soins, Nouvelles Cliniques Nantaises, NANTES

Dr. Corinne HARNOIS, Chef de service Pharmacie, Centre Hospitalier de Blois, BLOIS

M. Clément HELLUIN, Assistant Communication Direction des Affaires Générales, Centre Hospitalier de Blois, BLOIS

Patrick HENRY, Chef de service de neurologie, Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, TALENCE

M. HERAN, Radiologue, CMC Parly II, LE CHESNAY

Mme HERETE, Responsable GRH - Comptable, Clinique des Cèdres, CORNEBARRIEU

Pascal HERICOTTE, Médecin DIM et cardiologue, Centre Hospitalier de Dax, DAX

Mme HERRANZ, Directeur Général, Clinique des Cèdres, CORNEBARRIEU

Mme Séverine HEULET, Adjoint des Cadres - Pharmacie, Centre Hospitalier de Pau, PAU

Dr. Sophie HILLAIRE, Médecin Réseau Ville/Hôpital, Hôpital Foch, SURESNES

Mme Céline HOAREAU, Ressources Humaines, Centre Léon Bérard, LYON

Dr. Cécile HOMBROUCK, Pharmacien Equipe Opérationnelle Hygiène, Centre Hospitalier de Blois, BLOIS

Mme HOMBROUCK, Pharmacienne Hygiéniste, Centre Hospitalier de Vendôme, VENDOME

Catherine HOSKOVEC, Pharmacien, Centre Hospitalier de Mont de Marsan, MONT DE MARSAN

M. Jacky HOUSSET, Responsable Qualité Direction Evaluation et Stratégie, Centre Hospitalier de Blois, BLOIS

Dr. Benoît HUC, Chef de Service Hygiène Hospitalière, Centre Hospitalier de Pau, PAU

Mme Anne INIZAN, Directrice Adjointe, Hôpital Saint-Joseph, PARIS

Médecin en Chef ISABEL, Adjoint au Chef de service Anesthésie - Réanimation, Hôpital d'Instruction des Armées "Robert Picqué", BORDEAUX

Mme Sabine ITHURRALDE, Assistante Qualité, Centre Hospitalier de Pau, PAU

M. Christophe JACQUINET, Centre Hospitalier Privé Saint Martin, CAEN

Pascale JAN, Informaticienne, Institut Gustave Roussy, VILLEJUIF

Mme Brigitte JAQUIER, Pharmacien- Présidente du CLIN, Clinique d'Aufrery, PIN BALMA

Dr. JARNOUX, Urologue, Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, ANGERS

Mme JOACHIM, Ressources Humaines, Clinique Mutualiste Saint-Étienne, SAINT-ETIENNE

Pr. Marie-Laure JOLLY-GUILLOU, Présidente du CLIN, Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, ANGERS

Dr. Jean-Yves JOMIER, Chef de Service Pharmacie, Centre Hospitalier de Pau, PAU

Christian JOUENNE, Directeur Logistique, Clinique Mutualiste « La Sagesse », RENNES
Mme Joëlle JOUNEAU, Pharmacienne - Responsable Qualité et Vigilances, Institut Bergonié, BORDEAUX

M. Jérôme JOURDAN, Assistant Qualité, Hôpital Foch, SURESNES

M. Eric JOURNEAUX, Directeur Général, CMC Parly II, LE CHESNAY

Mme Florence JUBAULT, Responsable Qualité, Clinique Mutualiste "La Sagesse", RENNES

M. Jean Raymond KACZMAREK, Responsable technique, Polyclinique Saint-François – Saint Antoine, DESERTINES

M. Bruno KALUZNY, Cadre de Santé Imagerie Médicale, Centre Hospitalier de Blois, BLOIS

M. Franck KAPPLER, Contrôleur de Gestion, Hôpital Foch, SURESNES

Mr Yannick KELLER, Informaticien, Fondation de la maison du Diaconat, MULHOUSE

M. Nicolas KERNEIS, Infirmier Hygiéniste - Responsable Qualité, Centre de Soins de Suite et de Réadaptation Châteauneuf, LEOGNAN

Dr. KLERO DE ROSBO, Cardiologue, Clinique Saint Sauveur, MULHOUSE

Anne KOEGLER, Cardiologue, Centre Hospitalier de Mont de Marsan, MONT DE MARSAN

Mme KUBLER, Responsable infirmier, Clinique Saint Sauveur, MULHOUSE

Claire LABORDE, Faisant fonction d'Assistante sociale, Centre de Soins de Suite et de Réadaptation Châteauneuf, LEOGNAN

Dr. Benoît LAFON, Médecin-Chef Médecine Interne et Polyvalente 2, Centre Hospitalier de Blois, BLOIS

Dr LAHITTON, cardiologue, Centre Hospitalier de Dax, DAX

Patricia LALANNE, Cadre de santé secteur hôpital de jour Médico-Chirurgical, Centre Hospitalier de Dax, DAX

Mme Jeanine LALLEMAND, Directrice, Centre Hospitalier de Vendôme, VENDOME

Mme Pascale LALLIER, Cadre de Santé, AP-HP – Hôpital Lariboisière, PARIS

M. LAMIELLE, Pharmacien, Clinique Mutualiste Saint-Étienne, SAINT-ETIENNE

Agnès LANDIER, Infirmière pôle douleur, Centre Hospitalier de La Réole, LA REOLE

M. Marc LANG, Cardiologie, Centre Hospitalier de Blois, BLOIS

Mme Bélinda LANGLOIS, Agent administratif, Centre Hospitalier de Blaye, BLAYE

Dr Maud LAPORTE, Médecin Cardiologue, AP-HP – Hôpital Lariboisière, PARIS

Agnès LASHERAS, PH service Hygiène Hospitalière, Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, TALENCE

Danièle LASSAGNE, Adjoint des cadres Services Financiers, Centre Hospitalier de La Réole, LA REOLE

Dr. Nathalie LASSAU, Chef de service d'Echographie, Institut Gustave Roussy, VILLEJUIF

Christine LASSERRE, Cadre de santé radiologie, Centre Hospitalier de Dax, DAX

Pr P. LASSER, Chef de Département de Chirurgie Général, Institut Gustave Roussy, VILLEJUIF

Mme Isabelle LATOUR, Laboratoire de Microbiologie, Centre Léon Bérard, LYON

M. Jean-François LATOUR, Pharmacien / Président du CLIN, Centre Léon Bérard, LYON

M. Jean-François LAURENT, Référent Qualité, Centre Eugène Marquis, RENNES

Dr. Annie LAVAL, Présidente de CME, Clinique du Mas de Rochet, CASTELNAU LE LEZ

Catherine LAVERGNE, Pharmacien, Centre de Soins de Suite et de Réadaptation Châteauneuf, LEOGNAN

Mme Marie LAVIGNASSE, Directrice des soins, Clinique Pen An Dalar, GUIPAVAS

Jocelyne LAVOLEE, Infirmière générale, Clinique Mutualiste « La Sagesse », RENNES

Jean-Paul LE BLANC, Médecin Chef de Service, Centre de Soins de Suite et de Réadaptation Châteauneuf, LEOGNAN

M. Philippe LE BLON, Directeur des Ressources Humaines, Institut Gustave Roussy, VILLEJUIF

M. Ludovic LE CHARPENTIER, Pharmacien, Polyclinique Saint-François – Saint-Antoine, DESERTINES

Jocelyne LE GALL, Chef de Bloc, Clinique Mutualiste « La Sagesse », RENNES

Médecin en Chef LE GARREC, Chef de service de la Pharmacie, Hôpital d'Instruction des Armées "Robert Picqué", BORDEAUX

M. Alain LE HENAFF, Responsable Administratif - Chargé de Mission, Centre René Gauducheau, SAINT HERBLAIN

Mme Laetitia LE LOUP, Technicienne Qualité, Clinique Mutualiste Saint-Étienne, SAINT-ETIENNE

M. Jean LE MARTRET, Directeur Général, Clinique Pen An Dalar, GUIPAVAS

Mme Nathalie LE NAVENEC, Surveillante d'Orthopédie, Polyclinique Saint François - Saint Antoine, DESERTINES

M. Yvan LE TILLY, Directeur Chargé de la Direction des Usagers et de la Qualité, Centre Hospitalier de Chartres, CHARTRES

Régine LEBLOND, Cadre de Santé, Clinique Mutualiste « La Sagesse », RENNES

Mme LEBORGNE, Attachée d'administration hospitalière, DRH, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, SAINT-NAZAIRE

M. LEBRIS, Anesthésiste Référent Douleur - responsable du CLUD, CMC Parly II, LE CHESNAY

Dr. Charlotte LECLERC, Médecin DIM, Hôpital Foch, SURESNES

M. Bernard LECLERCQ, Directeur, Centre Oscar Lambret, LILLE

Dr. Julie LECOMTE, Anesthésiste, Centre Hospitalier de Pau, PAU

Mme LEFRANC, Infirmière, Chirurgie urologique, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, SAINT-NAZAIRE

Mme LEGAC, Cadre de santé, Chirurgie urologique, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, SAINT-NAZAIRE

Mme LEGALL, Pharmacienne, Centre Hospitalier de Chartres, CHARTRES

M. Michel LEGALL, Référent qualité, CMPR de Coubert, COUBERT

Mme Perrine LEGENDRE, Gestionnaire Information Médicale, CMPR de Coubert, COUBERT

Mme Françoise LEMENAGER, Praticien Hospitalier, INR B secteur enfant, SAINT-MAURICE

Mme LEMEVEL, IBODE, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, SAINT-NAZAIRE

Mme Annabelle LEMORT, Cadre de Santé Hygiène EOH, Centre Hospitalier de Blois, BLOIS

Elisabeth LEROUX, Pharmacienne, Présidente du CLIN, Centre Hospitalier de Dax, DAX

Mme Stéphanie LEROY, Responsable Qualité, Centre Hospitalier Privé Saint Martin, CAEN

Dr. LESCURE, Président de la CME, Clinique des Cèdres, CORNEBARRIEU

Dr. Vincent LESIRE, Médecine Interne et Polyvalente, Centre Hospitalier de Blois, BLOIS

Mme Natacha LESPINET, Gestionnaire Qualité, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, SAINT-NAZAIRE

Mme LETELLIER, Responsable de Facturation, Clinique de Fontaine, FONTAINE LES DIJONS

Sandra LETERRIER, Secrétaire des admissions, Centre de Soins de Suite et de Réadaptation Châteauneuf, LEOGNAN

Valérie LEVACHER, Direction des Ressources Humaines, La Sagesse, RENNES

Alain LÉVÉNÈS, Responsable Relations Humaines, Institut Bergonié, BORDEAUX

Dr. LIBEAU, Chef de service, Hygiène hospitalière, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, SAINT-NAZAIRE

M. Claude LICHAU, Cadre Supérieur de Santé, Centre Hospitalier de Pau, PAU

Dr. Alain LIPPA, Chef de Service d'Imagerie Médicale, Centre Hospitalier de Pau, PAU

Dr. Philippe LOIRAT, Président de CME, Chef de service de réanimation polyvalente, Hôpital Foch, SURESNES

Mme Martine LONDON, DRH, Centre Médico-Chirurgical Ambroise Paré, NEUILLY SUR SEINE

Mme LONGUE EPEE, Surveillante en consultation et hôpital de jour, Centre Oscar Lambret, LILLE

Mme Josseline LORILLON, Direction de la qualité et de la prise en charge globale des patients, Institut Gustave Roussy, VILLEJUIF

Christine MACHADO, Archiviste, Clinique Mutualiste « La Sagesse », RENNES

Dr. Régine MAILLARD, Médecin Radiologue, Centre Hospitalier de Blois, BLOIS

Sylviane MAILLET, Technicienne information médicale, Institut Gustave Roussy, VILLEJUIF

M. Miguel MAIZ, Cadre de santé Médical, Service de Radiologie Diagnostique et d'Echographie, Institut Gustave Roussy, VILLEJUIF

Mme Sophie MALVAUX, Responsable Assurance Qualité, Centre René Gauducheau, SAINT HERBLAIN

Mme Marielle MARBACH, Responsable Qualité, SAINT-MAURICE

Dr Guillaume MARC, Chef de clinique du service de Neurologie, Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, ANGERS

M. Philippe MARCHAND, Directeur, Clinique Saint Sauveur, MULHOUSE

Mme Martine MARCHAND, Cadre de Santé Imagerie Médicale, Centre Hospitalier de Blois, BLOIS

Mme MARIA, Cadre de santé, Bloc opératoire - chirurgie ambulatoire, Centre Hospitalier de Chartres, CHARTRES

Brigitte MARIE, Archiviste, Clinique Mutualiste « La Sagesse », RENNES

Mme Monique MARPAULT, Cadre de Santé Urgences, Centre Hospitalier de Blois, BLOIS

Dr. MARTEAU, Resp. CLUD - PU-PH, Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, ANGERS

Mme Mercedes MARTIN, Responsable Qualité - Correspondante projet, Clinique des Cèdres, CORNEBARRIEU

M. Benjamin MARTINEZ, Infirmier, Clinique Beau Soleil, MONTPELLIER

Mme MARTINEZ, Surveillante de l’Unité de Soins Continus, Centre Oscar Lambret, LILLE

Dr MARTINEZ, Neurologue, Centre Hospitalier de Dax, DAX

Mme Martine MATHARAN, Diététicienne, Centre Hospitalier de La Réole, LA REOLE

Mme Gisèle MATHOS, Référente qualité, Centre François Baclesse, CAEN

Mme MATOUK, Infirmière hygiéniste, Nouvelles Cliniques Nantaises, NANTES

M. Christophe MATRAT, Directeur Général, Clinique Mutualiste Saint-Étienne, SAINT-ETIENNE

Laurence MAUCONDUIT, IBODE de régulation, Clinique Mutualiste « La Sagesse », RENNES

Dr. Valérie MAURIES, Médecin Référent Douleur, Clinique du Château de Vernhes, BONDIGOUX

Dr. MAZALTARINE, Unité de Traitement de la Douleur, CMPR de Coubert, COUBERT

Mme Hélène MAZOU, Directrice Adjointe, Centre Hospitalier de Pau, PAU

M. MECHALI, Urologue, CMC Parly II, LE CHESNAY

M. Ibrahim MEHSEN, Chirurgien viscéral, Centre Hospitalier de Blaye, BLAYE

Mme Evelyne MELANI, Référent Qualité, Centre Antoine Lacassagne, NICE

M. MELEY, Biologiste, Clinique Mutualiste Saint-Étienne, SAINT-ETIENNE

Dr. François MELLOT, Radiologue, Hôpital Foch, SURESNES

Mme Monique MELON, Chef de Service Microbiologie, Centre Hospitalier de Pau, PAU

M. MENARD, Responsable paie et gestion administrative au Département Ressources Humaines, Centre Oscar Lambret, LILLE

Dr. Bernard MERCIER-PAGEYRAL, Médecin Radiologue, Hôpital Saint-Joseph, PARIS

Christelle Bénédicte MERILLOU, PH service Hygiène Hospitalière, Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, TALENCE

M. Berislav MERSIC, Médecin Radiologue, Centre Hospitalier de Blaye, BLAYE

Mme Danielle MEUNIER, Diététicienne, Clinique du Mas de Rochet, CASTELNAU LE LEZ

Mme MEVEL, Pharmacien, Clinique de Fontaine, FONTAINE LES DIJONS

Dr. Mireille MICHEL-CHERQUI, Médecin anesthésiste, Hôpital Foch, SURESNES

Dr. MIGEON, Chef de service, Chirurgie orthopédique, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, SAINT-NAZAIRE

Mme Jeanne MIHURA, Référent Qualité, Institut Claudius Regaud, TOULOUSE

Mme Jacqueline MILLAUD, Responsable Qualité, Clinique du Mont Duplan, NIMES

Mme Marie-Christine MOLL, Médecin délégué à la qualité et aux risques, Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, ANGERS

Mme Louisette MONIER, Cadre Diététique, Centre Hospitalier de Blois, BLOIS

Dr Alain MONNEREAU, Médecin DIM, Institut Bergonié, BORDEAUX

Dr Dominique MONNIN, Anesthésiste, Institut Bergonié, BORDEAUX

Mme MORAND, Archives, Clinique Mutualiste Saint-Étienne, SAINT-ETIENNE

Mme Christelle MOREAU, Pharmacien Assistante, Centre Hospitalier de Blois, BLOIS

Olivier MOREAU, Cadre SF, Clinique Mutualiste « La Sagesse », RENNES

Mme Sylvie MOUREAU-PHILIBERT, Directrice des Ressources Humaines, SAINT-MAURICE

Dr. MOREL FATIO, Unité de Traitement de la Douleur, CMPR de Coubert, COUBERT

M. Yvonnick MORICE, Directeur Général, Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, ANGERS

M Gilbert MORO, Agent Chef services techniques, Centre Hospitalier de La Réole, LA REOLE

M. MORY, Pharmacie, Centre Oscar Lambret, LILLE

Souradjou MOUSSA, Chef de service des urgences, Centre Hospitalier de Blaye, BLAYE

M. MOUSSEAU, Responsable communication, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, SAINT-NAZAIRE

Médecin en Chef NAVARRE, Médecin référent CLIN, Hôpital d'Instruction des Armées "Robert Picqué", BORDEAUX

Panayiota NEOPHYTOU, Médecin anesthésiste, Centre Hospitalier Intercommunal de Marmande-Tonneins, MARMANDE

Dr. Jean Charles NEU, Président du CLIN, Centre Oscar Lambret, LILLE

Mme N’GUETTA, Secrétariat RAQ, Clinique de Fontaine, FONTAINE LES DIJONS

Mme Alice NGUYEN, Assistante, Centre René Gauducheau, SAINT HERBLAIN

M. Alain NICOLET, PDG - Psychiatre, Clinique Pen An Dalar, GUIPAVAS

Dr. Gérard NITENBERG, Directeur Qualité, Institut Gustave Roussy, VILLEJUIF

Mme NORTH, Ressources Humaines, Clinique Saint Sauveur, MULHOUSE

M. Jean OGLOBINE, Référent Qualité, Centre René Huguenin, SAINT-CLOUD

Mme Béatrice OHEIX, Secrétaire Médicale Principale, Centre René Gauducheau, SAINT HERBLAIN

M. OLEJNICZACK, Cadre de santé, imagerie médicale, Centre Hospitalier de Chartres, CHARTRES

Mme Marinette OLIVIER-THOMAS, AP-HP – Hôpital Lariboisière, PARIS

Dany OULEY, Ingénieur Qualité, Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, TALENCE

Dr. Marie-Joëlle OYON, Médecin DIM, Centre de Soins de Suite et de Réadaptation Châteauneuf, LEOGNAN

Dr. PAIN, Médecin anesthésiste et Président du CLIN, Clinique Mutualiste Saint-Étienne, SAINT-ETIENNE

M. Sébastien PARENT, Ingénieur Qualité, Centre Hospitalier de La Réole, LA REOLE

Marie-Thérèse PAUL, Cadre de Santé, Clinique Mutualiste « La Sagesse », RENNES

M. Stéphane PEAN, Directeur Adjoint Direction des Affaires Générales, Centre Hospitalier de Blois, BLOIS

Richard PECOUT, Chef de la Cellule d'Analyse de Gestion, Hôpital d'Instruction des Armées "Robert Picqué", BORDEAUX

Mme Christine PELLIGAND, Directeur de la Qualité, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, SAINT-NAZAIRE

Mme Sabine PELTRIAUX, Infirmière Hygiéniste, Polyclinique Saint François - Saint Antoine, DESERTINES

Mme Bernadette PENARD, Service Formation/Facturation, Polyclinique Saint François - Saint Antoine, DESERTINES

M. PENNEC, Cadre supérieur de santé, imagerie médicale, Centre Hospitalier de Chartres, CHARTRES

M. PERARD, Directeur, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, SAINT-NAZAIRE

Martine PERES, Cadre de santé hygiéniste, Centre Hospitalier de Mont de Marsan, MONT DE MARSAN

Mme Elisabeth PERINET, Infirmière Equipe Douleur CLUD, Centre Hospitalier de Blois, BLOIS

Mme Laurence PERNICENI, Cadre Infirmier Unité d'Hygiène et de Lutte contre les Infections Nosocomiales, Hôpital Saint-Joseph, PARIS

Mme PERVE, Cadre de santé, Néphrologie, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, SAINT-NAZAIRE

Mme Dominique PETIT-SINTUREL, Cadre infirmier, Clinique Beau Soleil, MONTPELLIER

Dr. Patrick PEUVREL, Médecin DIM, Centre René Gauducheau, SAINT HERBLAIN

Mlle Ghislaine PEYPE, Responsable unité de soins Qualité, Clinique de Fontaine, FONTAINE LES DIJON

Julie PEZZUTTI, Diététicienne, Centre Hospitalier Intercommunal de Marmande-Tonneins, MARMANDE

M. Jean-Marc PICARD, Directeur, responsable d'établissement, Clinique du Mas de Rochet, CASTELNAU LE LEZ

M. Xavier PICHAUD, Responsable Qualité, CMC Parly II, LE CHESNAY

M. PIECHACZYK, Cardiologue, Centre Hospitalier de Vendôme, VENDOME

M. Paul PIERROT, Directeur Laboratoire de Microbiologie, Fondation de la Maison du Diaconat, MULHOUSE

Mme Nadine PILLET, Infirmière Service équipe douleur, Centre Hospitalier de Blaye, BLAYE

Brigitte PILVEN, Cadre SF, Clinique Mutualiste « La Sagesse », RENNES

M Emmanuel PLUMAS, Assistant RRH, Institut Bergonié, BORDEAUX

Eric POHIER, Médecin Hygiéniste, Centre Hospitalier Intercommunal de Marmande-Tonneins, MARMANDE

Serge POMAREZ, Adjoint des cadres, Centre Hospitalier de Dax, DAX

Dr Eric PONCIN, Gastro-entérologue, Centre Hospitalier de Dax, DAX

M. Ronald PONTEFRACT, Directeur Adjoint, Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, ANGERS

Mme Virginie PONZO, Pharmacien - Présidente du CLIN, CMC Parly II, LE CHESNAY

Monique POUJARDIEU, Cadre de santé, Centre Hospitalier Intercommunal de Marmande-Tonneins, MARMANDE

Mme Françoise POULET, Directrice Adjointe - Chargée des Soins et de la Qualité, Clinique de Fontaine, FONTAINE LES DIJON

M. POURIA, Pharmacien, CMPR de Coubert, COUBERT

Dr. POUTIGNAT, Evaluation des stratégies de santé, HAS

Mme Antoinette PRAT, Secrétaire du bloc opératoire, Clinique Mutualiste Saint-Étienne, SAINT-ETIENNE

Mme PRETET, Infirmière, Clinique de Fontaine, FONTAINE LES DIJONS

Mr. PROST, Responsable Technique, Clinique de Fontaine, FONTAINE LES DIJONS

M. Marc PRUSKI, Responsable Qualité, CMC Parly II, LE CHESNAY

Patricia PRYZBYL, Secrétaire principale, Institut Gustave Roussy, VILLEJUIF

Dr Sophie PUEYO, Médecin DIM, Centre Hospitalier de Dax, DAX

Mme Françoise QUESADA, Directeur, AP-HP - Hôpital Fernand-Widal, PARIS

Mme Sylvie QUEYRO, Agent Administratif, Hôpital Foch, SURESNES

M. RABILLER, Directeur Adjoint Ressources Humaines, CMPR de Coubert, COUBERT

Tiphaine RAGUENEL, Cadre de Santé - service accueil des urgences, Centre Hospitalier de Mont de Marsan, MONT DE MARSAN

Mme Maguelone RAI, Infirmière, Clinique Beau Soleil, MONTPELLIER

Mme Cécile RAKOTOMANGA, Secrétaire médicale Département Information médicale (DIM), SAINT-MAURICE

Mme RAUMAIN, Infirmière Hygiéniste, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, SAINT-NAZAIRE

Mme Danielle RECOMMIS, Pharmacienne, Clinique du Mas de Rochet, CASTELNAU LE LEZ

Mme REDOIS, Secrétaire, Nouvelles Cliniques Nantaises, NANTES

M. Philippe REMER, Directeur Général, Fondation de la Maison du Diaconat, MULHOUSE

Mme Mireille RENARD, Responsable des secrétaires médicales, Centre Hospitalier de Pau, PAU

Mme Nathalie RENVERSADE, Surveillante du Bloc opératoire, Centre Hospitalier de Blaye, BLAYE

M. Denis REYNAUD, Directeur Financier, Clinique du Mont Duplan, NIMES

Mme Estelle RIBEIRO DIAS, Contrôleur de gestion, Hôpital Foch, SURESNES

Mme RICHARD, Attachée de recherche clinique de l'établissement, Nouvelles Cliniques Nantaises, NANTES

M. Daniel RICHER, Attaché d'Administration Hospitalière Responsable des Admissions, Centre Hospitalier de Blois, BLOIS

M. Jean RIGONDET, Directeur Général, Polyclinique Saint François - Saint Antoine, DESERTINES

Pr. RITZ, Resp. CLAN -PU-PH en nutrition, Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, ANGERS

Dr. Serge ROBARD, Anesthésiste - Président du CLUD, Centre René Gauducheau, SAINT HERBLAIN

Mme Christine ROBERT, Infirmière hygiéniste, Clinique Beau Soleil, MONTPELLIER

Mme ROBERT, Attachée d'administration hospitalière, Bureau des entrées, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, SAINT-NAZAIRE

M. ROBIN, médecin anesthésiste, CMC Parly II, LE CHESNAY

Nathalie ROBINSON, Cadre de santé IADE, Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, TALENCE

Anne-Marie ROGUES, PH, Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, TALENCE

Mme Nathalie ROI SANCHEZ, Directrice du site de l’Hôpital National de Saint-Maurice, SAINT-MAURICE

Mme Michèle ROLLAND, Cadre diététicienne, Hôpital Foch, SURESNES

Dr. Luc RONCHI, Chef de service, Anesthésiologie, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, SAINT-NAZAIRE

M. RONDEAU, Pharmacien, Nouvelles Cliniques Nantaises, NANTES

Mme Patricia ROSIERE, Assistante du Directeur de l'Offre de Santé et de la Prise en Charge, CMPR de Coubert, COUBERT

François ROUANET, Neurologue, Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, TALENCE

Mme Colette ROUCH, Cadre de santé du service « Soin de suite et rééducation fonctionnelle », Centre Hospitalier de Pau, PAU

Laurent ROUFFIAC, Ingénieur, Centre Hospitalier Intercommunal de Marmande-Tonneins, MARMANDE

Catherine ROUGIER, Médecin biologiste - Président du CLIN, Centre Hospitalier de Mont de Marsan, MONT DE MARSAN

Dr Pierre ROUGIER, Chef de service de cardiologie, Centre Hospitalier de Mont de Marsan, MONT DE MARSAN

M. Alain ROUMAJOU, DIM, Centre Hospitalier Privé Saint Martin, CAEN

Mme ROUSSEAU, Cadre de santé, Médecine gériatrique 2, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, SAINT-NAZAIRE

M. ROUSSEL, Médecin DIM, Centre Hospitalier de Vendôme, VENDOME

Dr. Corinne ROY, Chef de service Urgences, Centre Hospitalier de Blois, BLOIS

M. Denis ROY, DIM, Clinique Mutualiste "La Sagesse", RENNES

Jean-Louis ROYNARD, Cardiologue, Centre Hospitalier de Dax, DAX

Christophe RUAUX, Chirurgien ORL, Clinique Mutualiste « La Sagesse », RENNES

Mme SADDIER, Cadre sage-femme, Maternité, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, SAINT-NAZAIRE

Mme Annie SALMIN, Chef Comptable-Payes, Polyclinique Saint François - Saint Antoine, DESERTINES

Dr. Frédéric SANGUIGNOL, Directeur / Médecin nutritionniste, Clinique du Château de Vernhes, BONDIGOUX

Mme Danielle SANSANO, Secrétariat médical, Clinique du Mas de Rochet, CASTELNAU LE LEZ

M. Emmanuel SAUNIER, Directeur Général, Clinique de Fontaine, FONTAINE LES DIJON

Mme Marylène SCHIMMENTI, Responsable qualité, Clinique du Mas de Rochet, CASTELNAU LE LEZ

Mme Christelle SCHMITTLING, Surveillante en pneumologie et service d'urgences, Polyclinique – Saint-François – Saint-Antoine, DESERTINES

Médecin en Chef SCHOENENBERGER, Chef de service d'Imagerie Médicale, Hôpital d'Instruction des Armées "Robert Picqué", BORDEAUX

M. Serge SEBEIRRAS, Médecin Interniste, Centre Hospitalier de Blaye, BLAYE

Dr. Christophe SEGOUIN, Responsable MSI, AP-HP – Hôpital Lariboisière, PARIS

Mme Sylvie SEITZ, Cadre infirmier, Clinique Beau Soleil, MONTPELLIER

Mme Jocelyne SEMPE, Directeur des Ressources Humaines, Clinique du Château de Vernhes, BONDIGOUX

Mme Stéphanie SEYNAEVE, Département Information Médicale, Clinique Beau Soleil, MONTPELLIER

Mme Christine SIMMOGIANIS, Infirmière responsable Policlinique – service ambulatoire, Fondation de la Maison du Diaconat, MULHOUSE

Mme Martine SIMON, Infirmière Hygiéniste, Centre Léon Bérard, LYON

Dr. Patrick SIX, Responsable du DIM, Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, ANGERS

Pr. SLAMA, chef de service de diabétologie à l'Hôtel Dieu, AP-HP, président de l'ALFEDIAM

M. Michel SOLERE, Directeur des soins, Clinique Beau Soleil, MONTPELLIER

M. Bernard SOULE, Cadre Infirmier Surveillant, Clinique d'Aufrery, PIN BALMA

Dr. Philippe STRAINCHAMPS, Imagerie Médicale, Centre Hospitalier de Pau, PAU

Mme Sophie SUCHET, Secrétaire du service Radiologie Diagnostique, Institut Gustave Roussy, VILLEJUIF

Mme Julie SWAENEPOEL, Responsable Qualité/Risques, Hôpital Foch, SURESNES

Dr. Catherine TAUZIN, Imagerie Médicale, Centre Hospitalier de Pau, PAU

Mme TERRIEN, Responsable d'unité de soins, Nouvelles Cliniques Nantaises, NANTES

Mme TETU, Archiviste, Clinique de Fontaine, FONTAINE LES DIJONS

Dr. François THALER, Médecin réanimateur président du CLIN, Hôpital Foch, SURESNES

Mme THALLUET, Cadre de santé, Urgences - SMUR, Centre Hospitalier de Chartres, CHARTRES

Dr. Jean Loup THEARD, Anesthésiste - Président du CLIN, Centre René Gauducheau, SAINT HERBLAIN

M. THOREL, Informaticien, Nouvelles Cliniques Nantaises, NANTES

Dr. THUAIRE, Cardiologue, Centre Hospitalier de Chartres, CHARTRES

M. Hervé TISSOT, Médecin Radiologue, Centre Hospitalier de Blaye, BLAYE

Dr. TORRENT, Chef de service, Radiologie, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, SAINT-NAZAIRE

Mme TOULEC, Responsable d'unité du plateau technique, Nouvelles Cliniques Nantaises, NANTES

Mme Myriam TOZZATO, Agent administratif, Centre Hospitalier de La Réole, LA REOLE

Mme TREBERN, Informaticienne, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, SAINT-NAZAIRE

M. Bernard TRILLAT, Chef de projet informatique, Hôpital Foch, SURESNES

Dr. Olivier TUEUX, Chef de service Anesthésiologie, Centre Hospitalier de Pau, PAU

Mme Myriam TURLUCHE, Référent Qualité, Institut Curie, PARIS

Jocelyne UGINET, Cadre de santé service de chirurgie ambulatoire, Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, TALENCE

Françoise URVOY, Cadre de Santé, Clinique Mutualiste « La Sagesse », RENNES

Dr. VADROT, Biologiste, Clinique Saint Sauveur, MULHOUSE

M. Hervé VALERIAN BESSAC, DRH, Centre Léon Bérard, LYON

Marie-Cécile VALLIER, GRH, Clinique du Mas de Rochet, CASTELNAU LE LEZ

M. VAN WASSENHOVEN, Responsable GRH, CMC Parly II, LE CHESNAY

Dr. Philippe VASSEL, Directeur de l'Offre de Santé et de la Prise en Charge, CMPR de Coubert, COUBERT

Mme VELARDO, Infirmière Hygiéniste, Institut Gustave Roussy, VILLEJUIF

Mme Muriel VIAL, Directrice des soins, SAINT-MAURICE

Sandra VIALATTE, Admissions, Clinique du Mas de Rochet, CASTELNAU LE LEZ

Dr. VIDAL, Pneumologue, Centre Hospitalier de Blois, BLOIS

M. Gildas VIEIRA, Adjoint des Cadres DRH, Centre Hospitalier de Blois, BLOIS

Claire VINCENT, Pharmacien Hygiéniste, Centre Hospitalier de Dax, DAX

Médecin en Chef VION, Adjoint au chef de service de Médecine Physique et de Réadaptation, Hôpital d'Instruction des Armées "Robert Picqué", BORDEAUX

Dr. VISENTIN, Médecin DIM, Clinique des Cèdres, CORNEBARRIEU

Elodie VITRY, Qualiticienne, Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, TALENCE

Mme Marie-Claude WEBER, Directrice des soins, Polyclinique Saint François - Saint Antoine, DESERTINES

Mme Roselyne WEBERT, Infirmière, Clinique Beau Soleil, MONTPELLIER

Mme Jeanne WIHLM, Référent Qualité, Centre Paul Strauss, STASBOURG

Noel WONGSO, Cardiologue, Centre Hospitalier Intercommunal de Marmande-Tonneins, MARMANDE

Dr. Marc WYBIER, Radiologue, AP-HP – Hôpital Lariboisière, PARIS

Mme Sophie ZAMARON, Directeur de la Qualité et de la Gestion des Risques, Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, TALENCE

Dr. ZARROUK, Chef du service d'information médicale, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, SAINT-NAZAIRE

Mme Nathalie ZEFFANE, Manipulateur Radio, Hôpital Foch, SURESNES

Mme ZIMMER, Pharmacien, Clinique Saint Sauveur, MULHOUSE

4.3 Les membres de l'équipe de coordination COMPAQH

Corinne BILLARD-DECRE, Sophie CALMUS, Frédéric CAPUANO, Clément CORRIOL, Christine COUDERT, Mélanie COURALET, Valentin DAUCOURT, Mohammed EL KHAMMAR, Quentin ESCARTIN, Philippe GERARD-DEMATONS, Sophie GOUBET, Catherine GRENIER-SENNELIER, Christelle LAMASINE, Nicole MALPOINT, Philippe MICHEL, Etienne MINVIELLE, Sandrine MORIN, Vanessa POUTHIER, Benjamin SAÏMAN.

4.4 Autres contacts

ATIH : M. CHODORGE, G. HARMENIL, M. MENDHELSON

C-Clin Paris Nord : P. ASTAGNEAU

CTINILS : G. BEAUCAIRE, Jean CARLET, BRUN-BUISSON

FNCLCC- SOR : A. BATAILLARD, B. FERVERS, D.MAIGNE

Haute Autorité de Santé : B. BALLY, I. DURAND-ZALESKI, A. DUROCHER, B. GUIRAUD-CHAUMEIL, G. JOLY, P. LOIRAT, P. MARTEL, C. MAYAUT, N. MLIKA CABANNE, H. NABARETTE, O. OBRECHT, D. POUTIGNAT, T. LAVERGNE, H. PARENT, C. RUMEAU-PICHON, N. DE VERNEJOUL

INCA : C. BARA, M. DUPONT, P. GROSCLAUDE

InVS : G. BRUCKER, JC DESENCLOS, B.COIGNARD

INSERM U 750 – CREGAS : M. BUNGENER, G. DE POUVOURVILLE

Ministère de la santé – DHOS : D. ANNEQUIN, L. ALLAIRE, P. CIRRE, D. CULLET, J. DUBOIS, E. GINESY, C. MARESCAUX, J.M NADAL, A. VANHERZELE

Ministère de la santé – DREES : F. BOUSQUET, C. CASES, P. CUNEO, P. CZERNICHOV, B. HAURY, P. LOMBRAIL, F. RIOU, V. MERLE, L. MORET

Ministère de la santé – DGS : A. FONTAINE, P. GARNIER, B. TRAN

OMS : F. CHAMPAGNE, A.L. GUISSET, J. VEILLARD

4.5 Représentants professionnels

Dr Sonia ALAMOWITCH, Neurologie, Hôpital Tenon, PARIS

Pr. Abdel BELLOU, Urgences, Médecine Interne, CHU, Nancy – SFMU

Pr Joël BELMIN, Gérontologie, Hôpital Charles Foix, PARIS

Dr Thierry BILLEBAUD, AFCA

Dr. J.P. BINON, Cardiologue, Polyclinique St François St Antoine, MONTLUCON

Dr Charles BOURDALLE BADIE, Vice-président de l'AFCA

Dr. Jean BRUXELLE, Vice-président de la SFETD, Hôpital Cochin, PARIS

Dr. Marie-Paule CHARIOT, Médecin DIM, Clinique des Cèdres, CORNEBARRIEU

Mme Elisabeth COLLIN, Consultation de la douleur, Hôpital Pitié-Salpêtrière, PARIS

Dr P. COLLOBY, A.F.U.

Pr. P. COSTE, Urgences, Cardiologue, CHU, BORDEAUX – SFC

Pr COULANGE, AP-HM, A.F.U.

Dr Sophie CROZIER, Neurologie, Hôpital Pitié Salpétrière, PARIS

Dr. Sophie DE CHAMBINE, AP-HP, CNANES

Pr Brigitte DELEMER, Service d'endocrinologie CHU de Reims, SFE

Pr. F. DESGRANDCHAMPS, A.F.U. Saint Louis, PARIS

Dr. J.J. DOMEREGO, Cardiologue, NICE – CNDC

Pr DORVAL, CHU Trousseau, TOURS, SNFGE

Pr Marc FREYSZ, SAMU 21, CHU Dijon - SAMU de France

Pr. M. GALINIER, Cardiologue, CHU Toulouse – SFC

Dr. JP GERARD, Directeur du Centre Lacassagne, NICE

Dr Jacques GIORDAN, Président de l'AFCA

Pr Noël HUTEN, Président de la commission scientifique AFCA

Dr Marie-Claude JARS-GUINCESTRE, Hôpital Raymond Poincaré, GARCHES – SRLF

Dr Laurent JOUFFROY, Anesthésiste-réanimateur, Clinique des Diaconesses, STRASBOURG

Dr. G. LAIRY, Cardiologue, DIM, CHU, CORBEIL ESSONNES

Dr. François LARUE, Chef de service anesthésie-réanimation, CH Longjumeau

Pr Jean-Yves LE HEUZEY, Cardiologie, Hôpital Européen Georges Pompidou, PARIS – SFC

Dr. LIPINSKY, Radiothérapeute, Centre de radiothérapie, BAYONNE

Mme Evelyne MALAQUIN-PAVAN, Direction des soins, Hôpital Corentin Celton, ISSY-LES-MOULINEAUX

Pr. J. MARCO, Cardiologue, Clinique Pasteur, TOULOUSE – SFC

Dr Dominique MAZEVET, Médecine physique et réadaptation, Hôpital Pitié Salpétrière, PARIS

Dr PEUVREL, Médecin DIM, FNCLCC

Dr Fernando PICO, Neurologie, VERSAILLES

Dr Jean-Pascal PIERME, Secrétaire général de l'AFCA

Dr X. REBILLARD, Clinique Beau-Soleil, MONTPELLIER, A.F.U.

Dr Jean-Patrick SALES, Service de chirurgie générale et digestive de l'hôpital Bicêtre, AP-HP

Pr Elisabeth SCHOUMAN-CLAEYS, Radiologie, Hôpital Bichat-Claude Bernard, PARIS – SFR

Dr. Alain SERRIE, Président de la SFETD, Hôpital Lariboisière, PARIS

Pr SLAMA, Chef de service de diabétologie Hôtel Dieu, AP-HP, Président de l'ALFEDIAM

Pr. C. SPAULDING, Cardiologue, Hôpital Cochin, PARIS – SFC

Dr François VENUTOLO, Vice-président de l'AFCA

Dr France WOIMANT, Neurologue, Hôpital Lariboisière, PARIS, SFNV - SFN

Dr Yves WOLMARK, hôpital Bretonneau, PARIS

Dr Alain YELNIK, rééducation, Hôpital Fernand Widal, PARIS

ETATS GENERAUX DE LA DOULEUR : F. BOUREAU (Collège National des Enseignants Universitaires de la Douleur (CNEUD)), M. DERZELLE (Collège National des Psychologues de la Douleur (CNPD)), JN. GODEFROY (Collège National des Chirurgiens-Dentistes de la Douleur (CNCDD)), J. MEYNADIER (Collège National des Médecins de la Douleur (CNMD)), P. PIONCHON (Société pour l'Etude et le Traitement de la Douleur (SETD)), P. QUENEAU (Collège National des Enseignants Universitaires de la Douleur (CNEUD))

5 Annexes

5.1 *Grille de faisabilité*

Recueil des données de cet ES :		Références de l'IQ (n° ou intitulé) :	
▶ par l'ARC			
▶ par l'ES			
▶ en interaction ARC/ES			

	OUI	NON	Commentaires / Autres
Faible implication / motivation des			Si oui, précisez le type de professionnel
▶ de l'ES			
▶ dans leur relation avec l'ARC			
▶ autres			
Indisponibilité des professionnels :			
▶ au téléphone			
▶ pour la prise de rendez-vous			
▶ pendant le rendez-vous			
▶ autres (emails…)			
Incompréhension de l'IQ :			
▶ ambiguïté du cahier des charges			
▶ ambiguïté des feuilles de recueil			
▶ ambiguïté des consignes			
▶ pb de compréhension liés aux professionne			
▶ autres			
Incapacité de collecter des données :			NA
▶ au niveau des archives			
▶ au niveau de DIM			
▶ au niveau du RAQ			
▶ au niveau du correspondant projet			
▶ au niveau du responsable du recueil			
▶ au niveau du secrétariat médical			
▶ autres			
Difficulté dans l'accessibilté des données sources :			
▶ pour l'ARC			
▶ pour le responsable du recueil de l'ES			
Autres problèmes de faisabilité			Si oui précisez

5.2 *Mode d'emploi de la fiche signalétique*

Ce document présente les fiches évaluant les indicateurs testés dans le cadre du projet COMPAQH. Ces fiches sont nommées « fiches signalétiques ». Elles rassemblent les connaissances obtenues à la suite des tests établis afin de valider les indicateurs du projet. Cette note donne les explications dans l'emploi de cette fiche.

- ***<u>Pourquoi une fiche ?</u>***

La fiche signalétique repose sur le besoin de présenter les éléments de preuve validant l'indicateur. De cette manière, elle permet d'émettre une recommandation en faveur de sa généralisation, sachant que certains éléments restent dépendants du processus de généralisation adopté. Elle se compose d'un tableau synthétique dit « tableau résumé », d'un descriptif complémentaire, et d'annexes présentant les résultats. Elle a vocation à être actualisée en fonction des nouveaux résultats obtenus.

♦ ***Comment lire la fiche ?***

Un système de cotation s'applique à chacun des critères de l'évaluation. Si le test donne un résultat positif, une évidence se dégage, elle est cotée +/+. Si des doutes subsistent sur les résultats, l'évidence est moindre, elle est cotée +/-. Si des résultats négatifs sont obtenus (aucune évidence), l'évaluation est cotée -/-.

Si le test ne s'applique pas à l'indicateur, le sigle NA apparaît. Si le test s'applique mais n'a pas encore été réalisé, le sigle NR est formulé. Enfin, si le test peut s'appliquer mais n'est pas justifié le sigle NJ apparaît. Dans certains cas, le système de cotation nécessite plus de précisions.

La recommandation finale est déduite de ces évaluations.

♦ ***Le cadre d'evaluation***

Cette fiche évalue l'indicateur selon 3 dimensions : la faisabilité, la qualité métrologique, et enfin la pertinence.

Faisabilité

La faisabilité [1] est définie comme la capacité d'un établissement à collecter les données nécessaires à la production de l'indicateur d'une manière autonome.

Elle s'appuie sur les tests suivants :

- Analyse de la « Grille faisabilité » codée par les ARC, en collaboration avec l'établissement pour chaque indicateur. Dans certains cas, des analyses spécifiques sont engagées (cas des infections nosocomiales).

Faisabilité	
+/+	Moins de 5% de problèmes de faisabilité rencontrés
+/-	Entre 5% et 15% de problèmes de faisabilité rencontrés
-/-	Plus de 15% de problèmes de faisabilité rencontrés

- Evaluation de la charge de travail.

Qualité métrologique

La qualité métrologique [2] repose sur deux dimensions essentielles : la fiabilité et la validité. Chaque dimension possède différentes facettes. En outre, nous considérons une troisième dimension relative aux besoins d'ajustement de l'indicateur.

<u>Fiabilité</u>

Une mesure est considérée comme fiable si elle produit des résultats constants lorsqu'elle est appliquée de façon répétitive sur un même phénomène. Les sources d'erreur qui peuvent affecter la fiabilité des mesures sont nombreuses. Elles peuvent venir de l'outil de collecte, de la personne qui fournit l'information, de la façon dont celle-ci est demandée, du moment de la demande, etc.

Au nom de la fiabilité, on distingue la stabilité et la cohérence interne :

- Stabilité : Capacité d'un indicateur à produire des résultats similaires lorsque appliqué de manière répétée à la même réalité. Trois sources principales de variabilité sont identifiables : (i) la première est la variabilité due aux différences entre observateurs, c'est la stabilité inter observateurs. Il est nécessaire de s'assurer que face à une situation identique, deux observateurs distincts auront la même interprétation, et donneront le même résultat. Les tests correspondant sont une analyse de la concordance et une analyse de Kappa ; (ii) la deuxième source de variabilité est intra-observateurs. Des facteurs tels que l'humeur d'un individu peuvent agir sur sa perception de la réalité, et causer une variabilité de l'indicateur non liée au phénomène mesuré ; (iii) la troisième cause de variabilité est liée au temps. Il faut que les mesures soient stables dans le temps.

Reproductibilité de la mesure	
+/+	Concordance supérieure à 90% et kappa supérieur à 0,7
+/-	Concordance supérieure à 80% et kappa supérieur à 0,6
-/-	Concordance inférieure à 80%

- Cohérence interne (ou homogénéité interne) : Capacité d'un indicateur multi-items d'avoir des items cohérents en termes de variabilité partagée. Les items de chaque

dimension doivent concerner le même phénomène. Pour la tester, on utilise l'alpha de Cronbach et/ou des analyses factorielles.

Cohérence interne	
+/+	Alpha de Cronbach compris entre 0,7 et 0,9
+/-	Alpha de Cronbach compris entre 0,5 et 0,7
-/-	Alpha de Cronbach inférieur a 0,5

Validité

L'analyse de la validité a pour fonction de déterminer si l'indicateur mesure réellement l'objectif fixé. C'est une notion assez vaste, qui possède différents aspects, à la fois qualitatifs et quantitatifs. Il est usuel de dénombrer quatre sortes de validité : la validité de face-à-face, la validité de contenu, la validité de critères et enfin la validité de structure.

- Validité de face à face : Capacité à observer si la compréhension de l'indicateur est partagée par tous les utilisateurs. Dans le projet COMPAQH, cet aspect est abordé dans un premier temps lors de la conception du cahier des charges (échange et validation par les professionnels). Dans un deuxième temps, cette validité est confirmée par de nouveaux échanges avec les professionnels au moment de la collecte de données et après analyse des résultats permettant une actualisation du cahier des charges.

Par exemple, pour l'indicateur « Prescription de statines dans le cadre d'un IDM », la validité de face à face pose problème dans le sens où la notion de « mise en route du traitement au décours de l'accident aigu » n'est pas interprétée de la même manière par tous les professionnels.

- Validité de contenu : Capacité à représenter toutes les dimensions d'un concept. Un indicateur peut plus ou moins représenter toutes les dimensions d'une situation clinique ou d'un phénomène analysé. Elle relève dans le cadre du projet COMPAQH de l'approche engagée en 2003 sur la sélection des indicateurs (enquête d'opinion, méthode Delphi auprès d'experts), et de l'actualisation engagée auprès des organismes professionnels lors de la conception/actualisation de l'indicateur.

Par exemple, pour l'indicateur « Prise en charge sociale », la validité de contenu pose problème : l'indicateur mesure le contact à deux reprises avec une assistante sociale, ce qui, aux yeux des professionnels, apparaît relativement restrictif de la qualité de la prise en charge sociale.

- Validité de critères : Capacité à comparer une mesure avec une autre variable extérieure au phénomène étudié (outil de référence lorsqu'il existe). Lorsque cet outil est situé dans le futur, on parle alors de validité de prédiction. Lorsque le critère est un phénomène ayant cours au même moment, la corrélation entre la mesure et le critère constitue la validité concomitante.

- Validité de structure : Capacité à structurer différents items composant l'indicateur. Cette validité est testée à l'aide de méthodes d'analyse factorielle des données, de modèles confirmatoires, de modèles structuraux, ainsi qu'à des analyses de sensibilité/spécificité.

Ajustement

L'ajustement est la capacité d'un indicateur à tenir compte des variables individuelles (par exemple, l'âge ou la gravité des patients) ou sociodémographiques.

- Biais minimum : Capacité d'un indicateur à intégrer les effets d'ajustement (casemix de l'établissement, âge, sexe…). Une manière de tester l'existence de ce biais est d'utiliser des modèles à effets aléatoires. L'utilisation d'indicateurs de processus nous permet de minimaliser les problèmes dus aux risques d'ajustement, et ce notamment grâce à l'utilisation de critères dits « universels », c'est-à-dire dont le respect s'avère indépendant des caractéristiques du patient, ou de l'environnement (caractéristiques de l'établissement ou de la région).

Par exemple, l'indicateur « Mortalité hospitalière pour les patients appartenant aux groupes homogènes de malades à faible taux de mortalité attendu » nécessite de réaliser un modèle d'ajustement (âge, sexe, diagnostic principal co-morbidité).

Biais minimum	
+/+	Indicateur ne présentant aucun biais
+/-	Indicateurs présentant un biais et devant être soumis à un ajustement
-/-	Indicateurs ayant démontré un biais

Pertinence

La pertinence [1] juge de la capacité de l'outil à identifier des sources d'amélioration de la qualité des soins facilement mises en oeuvre. Elle se comprend au niveau des résultats comme la variabilité inter-établissement observée, ou l'importance de l'écart entre la moyenne observée sur l'échantillon et une norme de référence. Sur un autre plan, la pertinence correspond à la capacité de la mesure à générer des actions d'amélioration (ce qui implique de juger le délai de production de la mesure et la capacité à traduire le résultat en actions correctives si nécessaire).

Au niveau des résultats

- Ecart à un seuil de performance attendue : Capacité de l'indicateur à identifier une amélioration en termes de qualité liée à l'observation d'un écart important à un seuil de performance attendue. Ce seuil de performance (ou benchmark) est défini par une recommandation de pratiques professionnelles ou un texte règlementaire.

Par exemple, dans le cas de l'indicateur de pratique clinique « Prise en charge de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë », le seuil de performance retenu est 100%.

Ecart à un seuil de performance attendue	
+/+	Test de comparaison de 2 moyennes significatif au seuil 5%
+/-	Test de comparaison de 2 moyennes significatif au seuil 10%
-/-	Test de comparaison de 2 moyennes non significatif

- Variabilité inter-établissements : Capacité à observer de la variabilité inter-établissements. Cette variabilité est jugée à travers la variance de cet indicateur, ainsi qu'au travers du calcul d'un indice de dispersion, le Gini.

Mesure de la variabilité inter-établissement	
+/+	Indice de Gini < 0,2 et écart-type>1
+/-	Indice de Gini >0,2 et écart-type >1
-/-	Ecart-type < 1

- Interaction avec d'autres indicateurs : Capacité d'un indicateur à cibler un objectif prioritaire. Les résultats d'indicateur corrélés avec d'autres (par exemple, entre un indicateur de processus et de résultat), donnent une lecture plus homogène de la performance d'un établissement de santé au niveau d'un des objectifs prioritaires du projet COMPAQH.

Interaction avec d'autres indicateurs
+/+ Indicateurs ne présentant aucune corrélation significative avec d'autres indicateurs
-/- Indicateurs ne présentant des corrélations significatives avec d'autres indicateurs

Au niveau des actions engagées

- Capacité à identifier des actions correctives : dans le cadre du projet COMPAQH, nous considérons qu'un indicateur de processus est préférable à un indicateur de résultat, l'identification de la cause étant plus aisée (ex : indicateurs d'infarctus aigu du myocarde).

- Délai de production de la mesure : Capacité à rendre compte en temps réel du phénomène considéré (il ne s'agit pas du temps de traitement des données).

- Effets induits négatifs : Utilisation de l'indicateur ne conduit pas à une amélioration de la qualité. Par exemple sur l'indicateur de délai d'attente aux urgences, une stratification par gravité des patients est nécessaire pour corriger un effet induit négatif qui aurait pour risque de gérer l'urgence d'abord en fonction du délai écoulé plutôt que de l'état du patient, on ne peut appliquer une norme (par exemple tous avant 3h d'attente depuis leur arrivée).

Effets induits négatifs
+/+ Absence
-/- Existence

♦ ***<u>Références</u>***

1. Grenier-Sennelier C., Corriol C, Daucourt V., Michel P. Minvielle E. Développement d'indicateurs de qualité dans les établissements de santé : le projet COMPAQH. *Revue d'Epidémiologie et de Santé publique*, 2005, 53 : 1S22-30.

2. Michel P, Approche métrologique des indicateurs de performance en santé [thèse de Doctorat de l'Université Victor Segalen Bordeaux2] Bordeaux, France : Université Victor Segalen Bordeaux 2 ; 2001

3 McGlynn EA, Kerr EA, Adams J, Keesey J, Asch SM. Quality of health care for women: a demonstration of the quality assessment tools system. Med Care, 2003 Jun; 41(5):616-25

4 Streiner DL, Norman GR, Health Measurement scales (2nd ed) New York: Oxford University Press; 1995

5.3 Les indicateurs sélectionnés par secteur d'activité

La sélection est présentée par secteur d'activité. Elle est issue de la phase de concertation des établissements par Delphi qui a bénéficié d'un taux de réponse de 82% (28/33).

♦ ***<u>Liste des indicateurs sélectionnés pour le secteur MCO</u>***

Conformité du dossier patient

Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation

Dépistage des troubles nutritionnels chez l'adulte

Satisfaction du patient hospitalisé

Turnover des professionnels au contact du patient

Indice composite d'évaluation des activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (ICALIN)

Accessibilité architecturale, ergonomique et informationnelle

Traitement des patients douloureux

Absentéisme de courte durée des professionnels au contact du patient

Demandes d'examens d'imagerie avec renseignements cliniques suffisants et adaptés

Annulation d'actes ambulatoires réalisés sous anesthésie

Pratique clinique : Prise en charge du cancer du sein

Pratique clinique : Bilan pré-thérapeutique du cancer de la prostate

Taux d'infections du site opératoire

Volume annuel de produits hydro-alcooliques (gels et solutions) par journée-patient

Consommation des antibiotiques pour 1000 journées-patient

Taux de staphylococcus aureus résistant à la meticilline (SARM) pour 1000 journées-patient

Mortalité hospitalière pour les patients appartenant aux groupes homogènes de malades à faible taux de mortalité attendu

Traçabilité de l'évaluation de la douleur

Education thérapeutique

Durée d'attente aux urgences

Pratique clinique : Prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë

Pratique clinique : Prise en charge hospitalière initiale de l'accident vasculaire cérébral

Pratique clinique : Césariennes

Climat organisationnel

Conformité du dossier anesthésique

- ***Liste des indicateurs sélectionnés pour le secteur CLCC***

Conformité du dossier patient

Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation

Dépistage des troubles nutritionnels chez l'adulte

Satisfaction du patient hospitalisé

Turnover des professionnels au contact du patient

Indice composite d'évaluation des activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (ICALIN)

Accessibilité architecturale, ergonomique et informationnelle

Traitement des patients douloureux

Absentéisme de courte durée des professionnels au contact du patient

Demandes d'examens d'imagerie avec renseignements cliniques suffisants et adaptés

Annulation d'actes ambulatoires réalisés sous anesthésie

Pratique clinique : Prise en charge du cancer du sein

Pratique clinique : Bilan pré-thérapeutique du cancer de la prostate

Taux d'infections du site opératoire

Volume annuel de produits hydro-alcooliques (gels et solutions) par journée-patient

Consommation des antibiotiques pour 1000 journées-patient

Taux de staphylococcus aureus résistant à la meticilline (SARM) pour 1000 journées-patient

Mortalité hospitalière pour les patients appartenant aux groupes homogènes de malades à faible taux de mortalité attendu

Climat organisationnel

Durée d'attente en consultation externe

Délai de rendez-vous pour une consultation externe

Réunion de concertation pluridisciplinaire

Pratique clinique : Prise en charge des effets secondaires des traitements

Pratique clinique : Cancer du côlon non métastatique

Conformité du dossier anesthésique

- ***<u>Liste des indicateurs sélectionnés pour le secteur psychiatrie</u>***

Conformité du dossier patient

Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation

Dépistage des troubles nutritionnels chez l’adulte

Satisfaction du patient hospitalisé

Turnover des professionnels au contact du patient

Indice composite d’évaluation des activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (ICALIN)

Accessibilité architecturale, ergonomique et informationnelle

Absentéisme de courte durée des professionnels au contact du patient

Volume annuel de produits hydro-alcooliques (gels et solutions) par journée-patient

Consommation des antibiotiques pour 1000 journées-patient

Taux de staphylococcus aureus résistant à la meticilline (SARM) pour 1000 journées-patient

Education thérapeutique

Délai de rendez-vous pour une consultation en Centre Médico-Psychologique (CMP)

Prise en charge sociale

Attente avant admission dans l'établissement

Actes de violence en psychiatrie

Pratique clinique : Sevrage du patient alcoolo-dépendant

Pratique clinique : Traitement par électro-convulsivothérapie

Pratique clinique : Prise en charge des suicidants

Coordination de la prise en charge

Pratique clinique : Utilisation des chambres d'isolement

Conformité du dossier anesthésique

- ***Liste des indicateurs sélectionnés pour le secteur des SSR***

Conformité du dossier patient

Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation

Dépistage des troubles nutritionnels chez l'adulte

Satisfaction du patient hospitalisé

Turnover des professionnels au contact du patient

Indice composite d'évaluation des activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (ICALIN)

Accessibilité architecturale, ergonomique et informationnelle

Traitement des patients douloureux

Absentéisme de courte durée des professionnels au contact du patient

Volume annuel de produits hydro-alcooliques (gels et solutions) par journée-patient

Consommation des antibiotiques pour 1000 journées-patient

Taux de staphylococcus aureus résistant à la meticilline (SARM) pour 1000 journées-patient

Traçabilité de l'évaluation de la douleur

Education thérapeutique

Prise en charge sociale

Attente avant admission dans l'établissement

Pratique clinique : Suivi du diabète de type 2

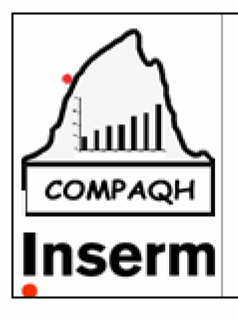
Chutes des patients hospitalisés

Pratique clinique : Prise en charge et prévention des escarres

Conformité du dossier anesthésique

5.4 *Fiches signalétiques des indicateurs généralisés relatifs au dossier du patient*

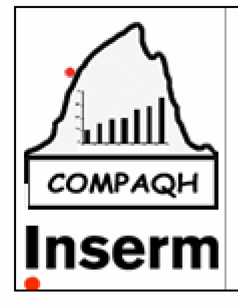
♦ ***Conformité du dossier du patient***



Conformité du dossier patient
FICHE SIGNALETIQUE

PRESENTATION DE L'INDICATEUR	
Définition	Score de conformité de la tenue et du contenu du dossier des patients hospitalisés
Numérateur	Nombre de critères conformes pour chaque dossier
Dénominateur	Nombre de critères évalués et applicables pour chaque dossier
Type d'indicateur	Processus
Objectif prioritaire	Assurer la continuité de la prise en charge des patients
FAISABILITE	
Grille faisabilité	+/+
Evaluation charge de travail	+/+
QUALITE METROLOGIQUE	
Fiabilité	
Stabilité	+/+
Cohérence interne	+/+
Validité	
Face à face	+/+
Contenu	+/+
Critère	+/+
Structure	NA
Ajustement	
Biais minimum	+/+
PERTINENCE	
Résultats	
Ecart à un seuil de performance attendue	+/+
Variabilité inter-ETB	+/+
Interaction avec d'autres indicateurs	NR
Actions engagées	
Capacité à identifier des actions correctives	+/+
Délai de production de la mesure	+/+
Absence d'effets induits négatifs	+/+
REMARQUES	

♦ ***Conformité du dossier anesthésique***

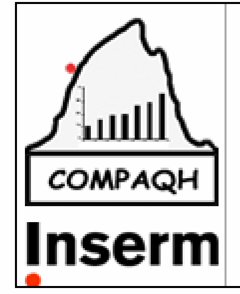


Conformité du dossier patient

FICHE SIGNALETIQUE

PRESENTATION DE L'INDICATEUR	
Définition	Score de conformité de la tenue et du contenu du dossier des patients hospitalisés
Numérateur	Nombre de critères conformes pour chaque dossier
Dénominateur	Nombre de critères évalués et applicables pour chaque dossier
Type d'indicateur	Processus
Objectif prioritaire	Assurer la continuité de la prise en charge des patients
FAISABILITE	
Grille faisabilité	+/+
Evaluation charge de travail	+/+
QUALITE METROLOGIQUE	
Fiabilité	
Stabilité	+/+
Cohérence interne	+/+
Validité	
Face à face	+/+
Contenu	+/+
Critère	+/+
Structure	NA
Ajustement	
Biais minimum	+/+
PERTINENCE	
Résultats	
Ecart à un seuil de performance attendue	+/+
Variabilité inter-ETB	+/+
Interaction avec d'autres indicateurs	NR
Actions engagées	
Capacité à identifier des actions correctives	+/+
Délai de production de la mesure	+/+
Absence d'effets induits négatifs	+/+
REMARQUES	

♦ ***Dépistage des troubles nutritionnels – Niveau 1***

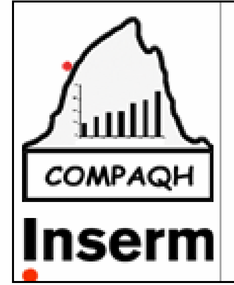


Dépistage des troubles nutritionnels chez l'adulte (niveau 1)

FICHE SIGNALETIQUE

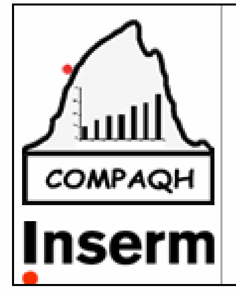
PRESENTATION DE L'INDICATEUR	
Définition	Dépistage des troubles nutritionnels chez l'adulte Poids (niveau 1)
Numérateur	Nombre de patients adultes pour lesquels le dossier montre que, dans les premières 48h, une notification du poids a été retrouvée dans le dossier
Dénominateur	Nombre de séjours évalués chez les patients adultes, parmi les séjours de plus de 48 heures
Type d'indicateur	Processus
Objectif prioritaire	Lutter contre les troubles nutritionnels
FAISABILITE	
Grille faisabilité	+/+
Evaluation charge de travail	+/+
QUALITE METROLOGIQUE	
Fiabilité	
Stabilité	+/+
Cohérence interne	+/+
Validité	
Face à face	+/+
Contenu	+/+
Critère	NA
Structure	NA
Ajustement	
Biais minimum	+/+
PERTINENCE	
Résultats	
Ecart à un seuil de perfomance attendue	+/+
Variabilité inter-ETB	+/+
Interaction avec d'autres indicateurs	NR
Actions engagées	
Capacité à identifier des actions correctives	+/+
Délai de production de la mesure	+/+
Absence d'effets induits négatifs	+/+
REMARQUES	

♦ ***<u>Dépistage des troubles nutritionnels – Niveau 2</u>***

	**Dépistage des troubles nutritionnels chez l'adulte (niveau 2)** **FICHE SIGNALETIQUE**

PRESENTATION DE L'INDICATEUR	
Définition	Dépistage des troubles nutritionnels chez l'adulte Poids et (IMC ou évolution du poids) (niveau 2)
Numérateur	Nombre de patients adultes pour lesquels le dossier montre que, dans les premières 48h : -une notification du poids <u>et</u> d'un calcul d'IMC ; ou -une notification du poids <u>et</u> d'une évolution du poids avant l'admission ont été retrouvés.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués chez les patients adultes, parmi les séjours de plus de 48 heures
Type d'indicateur	Processus
Objectif prioritaire	Lutter contre les troubles nutritionnels
FAISABILITE	
Grille faisabilité	+/+
Evaluation charge de travail	+/+
QUALITE METROLOGIQUE	
Fiabilité	
Stabilité	+/+
Cohérence interne	+/+
Validité	
Face à face	+/+
Contenu	+/+
Critère	NA
Structure	NA
Ajustement	
Biais minimum	+/+
PERTINENCE	
Résultats	
Ecart à un seuil de performance attendue	+/+
Variabilité inter-ETB	+/-
Interaction avec d'autres indicateurs	NR
Actions engagées	
Capacité à identifier des actions correctives	+/+
Délai de production de la mesure	+/+
Absence d'effets induits négatifs	+/+
REMARQUES	

♦ ***Dépistage des troubles nutritionnels – Niveau 3***

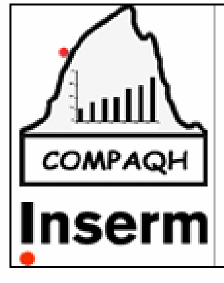


Dépistage des troubles nutritionnels chez l'adulte (niveau 3)

FICHE SIGNALETIQUE

PRESENTATION DE L'INDICATEUR	
Définition	Dépistage des troubles nutritionnels chez l'adulte Poids et IMC et évolution du poids (niveau 3)
Numérateur	Nombre de patients adultes pour lesquels le dossier montre que, dans les premières 48h : Une notification du poids et un calcul d'IMC et une évolution du poids avant l'admission ont été retrouvés (troisième niveau).
Dénominateur	Nombre de séjours évalués chez les patients adultes, parmi les séjours de plus de 48 heures
Type d'indicateur	Processus
Objectif prioritaire	Lutter contre les troubles nutritionnels
FAISABILITE	
Grille faisabilité	+/+
Evaluation charge de travail	+/+
QUALITE METROLOGIQUE	
Fiabilité	
Stabilité	+/+
Cohérence interne	+/+
Validité	
Face à face	+/+
Contenu	+/+
Critère	NA
Structure	NA
Ajustement	
Biais minimum	+/+
PERTINENCE	
Résultats	
Ecart à un seuil de performance attendue	+/+
Variabilité inter-ETB	-/-
Interaction avec d'autres indicateurs	NR
Actions engagées	
Capacité à identifier des actions correctives	+/+
Délai de production de la mesure	+/+
Absence d'effets induits négatifs	+/+
REMARQUES	

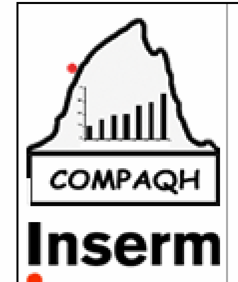
♦ ***Traçabilité de la douleur***



Traçabilité de l'évaluation de la douleur
FICHE SIGNALETIQUE

PRESENTATION DE L'INDICATEUR	
Définition	Proportion de séjours pour lesquels le résultat d'au moins une évaluation de la douleur est documenté dans le dossier du patient non algique ou les résultats d'au moins deux évaluations de la douleur sont documentés dans le dossier du patient algique
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels il existe au moins un résultat de mesure de la douleur dans le dossier du patient non algique ou au moins deux résultats de mesure de la douleur dans le dossier du patient algique
Dénominateur	Nombre de séjours évalués
Type d'indicateur	processus
Objectif prioritaire	Lutter contre la douleur
FAISABILITE	
Grille faisabilité	+/+
Evaluation charge de travail	+/+
QUALITE METROLOGIQUE	
Fiabilité	
Stabilité	+/+
Cohérence interne	+/+
Validité	
Face à face	+/+
Contenu	+/+
Critère	NA
Structure	NA
Ajustement	
Biais minimum	+/+
PERTINENCE	
Résultats	
Ecart à un seuil de performance attendue	+/+
Variabilité inter-ETB	+/+
Interaction avec d'autres indicateurs	NR
Actions engagées	
Capacité à identifier des actions correctives	+/+
Délai de production de la mesure	+/+
Absence d'effets induits négatifs	+/-
REMARQUES	
Absence d'effets induits négatifs (+/-): Risque lors de la prise en charge des patients d'arrêter l'évaluation dès qu'ils ont une évaluation égale à 0.	

- ***<u>Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation</u>***



Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation

FICHE SIGNALETIQUE

PRESENTATION DE L'INDICATEUR	
Définition	Taux de séjours pour lesquels le courrier de fin d'hospitalisation est envoyé dans un délai inférieur ou égal à huit jours.
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels la différence entre la date de sortie de l'établissement et la date inscrite sur le courrier de fin d'hospitalisation est inférieure à 8 jours
Dénominateur	Nombre de dossiers évalués
Type d'indicateur	processus
Objectif prioritaire	Assurer la continuité de la prise en charge des patients
FAISABILITE	
Grille faisabilité	+/+
Evaluation charge de travail	+/+
QUALITE METROLOGIQUE	
Fiabilité	
Stabilité	+/+
Cohérence interne	+/+
Validité	
Face à face	+/+
Contenu	+/+
Critère	+/+
Structure	NA
Ajustement	
Biais minimum	+/+
PERTINENCE	
Résultats	
Ecart à un seuil de performance attendue	+/+
Variabilité inter-ETB	+/+
Interaction avec d'autres indicateurs	NR
Actions engagées	
Capacité à identifier des actions correctives	+/+
Délai de production de la mesure	+/+
Absence d'effets induits négatifs	+/+
REMARQUES	